

Aus dem Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Grundsätze der professionellen Begleitung
geschlechtsinkongruenter Jugendlicher: Eine qualitative
Befragung von Expert/innen des deutschsprachigen Raums**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Merle Cathrina Müller-Knapp

aus Heppenheim

Datum der Promotion: 06.03.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Abstract	5
2. Einleitung	7
2.1 Prävalenzen	9
2.1.1 Geschlechterverhältnis bei Inanspruchnahme spezialisierter Angebote .	10
2.1.2 Einflussfaktor mediale Präsenz	10
2.1.3 Zusammenfassung.....	11
2.2 Terminologie und Krankheitsgedanke im Wandel.....	12
2.2.1 Spannungsfeld wissenschaftlicher Diskurs	14
2.3 Ätiologie	15
2.4 Klinik.....	16
2.4.1 Desisters und Persisters	17
2.4.2 Psychopathologien.....	18
2.5 Diagnostik.....	19
2.6 Differenzialdiagnostik.....	20
2.7 Therapie.....	20
2.7.1 Psychotherapeutische Begleitung und Alltagserprobung.....	21
2.7.2 Pubertätsblockade	22
2.7.3 Gegengeschlechtliche Hormontherapie und geschlechtsangleichende Operationen	23
2.8 Wissenslücken im aktuellen Diskurs und Fragestellung	24
3. Methoden	26
3.1 Kennzeichen qualitativer Forschung	26
3.2 Gütekriterien qualitativer Forschung	27
3.3 Methodenwahl	29
3.4 Erhebungstechnik: Das problemzentrierte Interview	29

3.4.1	Praktische Umsetzung.....	31
3.5	Aufbereitungstechnik: Transkription und zusammenfassendes Protokoll ...	34
3.6	Auswertungstechnik: Grounded Theory.....	34
3.6.1	Praktische Umsetzung.....	35
3.6.2	Erweiterung des Auswertungsprozesses mittels Toulmin-Modell.....	37
3.7	Zusammenfassung des Datenerhebungs- und -analyseprozesses.....	38
4.	Ergebnisse	39
4.1	Angaben zu den Interviews und Soziodemographie der Expert/innen	39
4.2	Allgemeine Beschreibung Begleitungsangebot	41
4.3	Pubertätsblockade als medikamentöse Intervention bei einer GI des Jugendalters.....	42
4.3.1	Konzept 1: Natur der GI und resultierende Ziele in der Begleitung von Jugendlichen mit GI	43
4.3.2	Konzept 2: Diagnostischer Prozess.....	45
4.3.2.1	Diagnosesicherheit.....	45
4.3.2.2	Differentialdiagnosen	48
4.3.3	Konzept 3: Reversibilität von PB.....	49
4.3.3.1	Keine Therapieabbrüche in der Literatur	49
4.3.3.2	Einflussnahme auf die psychosexuelle Entwicklung	52
4.3.4	Konzept 4: Funktion von PB	55
4.3.5	Konzept 5: Autonomie von Jugendlichen mit GI.....	58
4.3.6	Resultierendes Moral- und Pflichtverständnis der Expert/innen	62
4.3.7	Schematische Darstellung der Argumentationsstrukturen	63
4.3.7.1	Schematische Darstellung der Argumentationsstrukturen der Gruppe PB _{immer}	64
4.3.7.2	Schematische Darstellung der Argumentationsstrukturen der Gruppe PB _{nie}	65
4.3.7.3	Schematische Darstellung der Argumentationsstrukturen der Gruppe PB _{Bedingung}	66
4.4	Einfluss (sozialer) Medien auf Prävalenzen und Stigmatisierung von GI	67

5. Diskussion.....	72
5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	72
5.2 Diskussion Methoden: Stärken und Limitationen	73
5.2.1 Verwendung qualitativer Forschungsmethoden	73
5.2.2 Das problemzentrierte Interview als Erhebungstechnik	74
5.2.3 Transkription und zusammenfassendes Protokoll als Aufbereitungstechnik	75
5.2.4 Grounded Theory als Auswertungstechnik	75
5.2.5 Ergänzung des Auswertungsprozesses mittels des Toulmin-Modells	76
5.2.6 Partizipative Aspekte qualitativer Forschung	77
5.2.7 Zusammenfassung: Verwendete Methoden und Gütekriterien qualitativer Forschung.....	77
5.3 Diskussion Ergebnisse	78
5.3.1 Teilnehmende Expert/innen und interkollegiale Spannungen	78
5.3.2 Kontroverse um den Einsatz von PB.....	81
5.3.2.1 Klinik und Literatur als Einflussfaktoren auf die Meinungsbildung	82
5.3.2.2 Pflicht- und Moralvorstellungen als Endpunkt des meinungsbildenden Prozesses.....	84
5.3.3 (Soziale) Medien als Einflussfaktor auf Prävalenz und gesellschaftliche Wahrnehmung der GI	87
5.4 Schlussfolgerung und Ausblick	89
6. Literaturverzeichnis	92
7. Eidesstattliche Versicherung	101
8. Lebenslauf.....	102
9. Danksagung	104
10. Anhang.....	105

1. Abstract

Einführung: Weltweit werden steigende Prävalenzen von Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz (GI) beschrieben, gleichzeitig ist das Phänomen der GI bis dato unzureichend untersucht und es besteht kein Konsens bezüglich angemessener diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Im deutschsprachigen Raum wurde dabei in der Vergangenheit insbesondere der Einsatz pubertätsblockierender Medikamente (PB) kontrovers diskutiert.

Ziel dieser Arbeit war es, aktuelle Expert/innen-Meinungen bezüglich der adäquaten Begleitung von Jugendlichen mit GI im deutschsprachigen Raum zu analysieren und somit neue Einblicke in den klinischen und wissenschaftlichen Diskurs zu ermöglichen.

Methoden: Qualitative Forschungsmethoden fanden Anwendung. Im Rahmen problemzentrierter Interviews wurden elf Expert/innen in der Begleitung von Jugendlichen mit GI befragt, dabei kam ein semistrukturierter Gesprächs-Leitfaden zum Einsatz. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Mittels Prinzipien der Grounded Theory erfolgte die Auswertung der Daten, zusätzlich wurde auf das argumentationstheoretische Toulmin-Modell zurückgegriffen.

Ergebnisse: Alle Expert/innen stellen fest, dass Jugendliche mit GI einer unbedingten professionellen Begleitung bedürfen. Ob und in wie fern die PB Teil dieser Begleitung sein sollte, wird kontrovers diskutiert. Im Rahmen der Analyse konnten fünf Konzepte identifiziert werden, welche den meinungsbildenden Prozess der Expert/innen bezüglich der PB beeinflussen: 1) Einschätzungen zur Natur der GI und resultierende Ziele in der Begleitung von Jugendlichen mit GI, 2) Diagnostischer Prozess/ Diagnosesicherheit, 3) Reversibilität von PB, 4) Funktion von PB, 5) Autonomie von Jugendlichen mit GI.

Die zunehmende mediale Präsenz des Themas GI wird von den Expert/innen teils kritisch, teils positiv bewertet. Mögliche Zusammenhänge zwischen zunehmenden Fallzahlen an Jugendlichen mit GI und der gestiegenen medialen Präsenz der Thematik werden von allen Teilnehmenden diskutiert.

Schlussfolgerung: Nach wie vor besteht im deutschsprachigen Raum kein Konsens bezüglich der adäquaten Begleitung von Jugendlichen mit GI, insbesondere im Hinblick auf den Einsatz von PB.

Um einen langfristig konstruktiven Diskurs zwischen allen Involvierten zu ermöglichen und Begleitungsangebote konsequent zu verbessern, ist eine weitere Beforschung des Phänomens der GI geboten, insbesondere bezüglich ätiologischer Grundlagen, sowie den Langzeitverläufen der GI bei Jugendlichen.

Introduction: Prevalence of adolescents with gender incongruence (GI) has been rising worldwide. However, the phenomenon of GI is still poorly understood and there is no consensus regarding adequate diagnostic and therapeutic measures for the adolescents concerned. The use of puberty blocking medication (PB) has been discussed particularly controversially in German-speaking countries in the past.

The aim of this study was to analyze current expert-opinions concerning the adequate support for adolescents with GI in German-speaking countries and to thus advance the scientific debate.

Methods: Qualitative research-methods were applied. Problem-centered interviews were conducted with eleven experts in the field of supporting adolescents with GI, a semi-structured conversation guideline was used for this. All interviews were recorded digitally and transcribed afterwards. Data was analyzed according to the principles of Grounded Theory and the Toulmin-Model.

Results: All experts agree that adolescents with GI need professional support. If and how PB should be part of this gives rise to controversial debate. Five concepts were identified that influence the decision-making process of experts concerning the use of PB: 1) Beliefs concerning the nature of GI and therefore resulting goals in the professional support of adolescents with GI, 2) Diagnostic process/ certainty of diagnosis, 3) Reversibility of PB, 4) Function of PB, 5) Autonomy of adolescents with GI.

The rise of media attention regarding the topic of GI was viewed partly negatively and partly positively by different experts. Possible links between the rising prevalence of adolescents with GI and rising media attention towards the topic were discussed by all participants.

Conclusion: To date there is still no consensus regarding adequate measures of support for adolescents with GI in German-speaking countries. Controversy is centered around the use of PB in particular.

In order to facilitate a long-term constructive debate between all those involved it is critical to conduct further research on the phenomenon of GI, especially regarding etiology and long-term developments of adolescents with GI.

2. Einleitung

Typischerweise wird ein Säugling direkt nach der Geburt anhand anatomischer Merkmale als weiblich oder männlich identifiziert. Das so zugewiesene Geschlecht wird auch als biologisches Geschlecht bezeichnet.

Der Begriff der Geschlechtsidentität bezieht sich hingegen auf die persönliche Wahrnehmung des eigenen Selbst bezüglich geschlechtlicher Aspekte. Längst wird Geschlechtlichkeit nicht mehr im Rahmen dichotomer Polarität begriffen. Die Geschlechtsidentität eines Menschen ist somit keinesfalls auf die Kategorien „weiblich“ oder „männlich“ beschränkt, vielmehr kann sie sich variabel auf dem Spektrum zwischen diesen beiden Zuschreibungen bewegen, oder Aspekte beider beinhalten (Nieder, Briken and Richter-Appelt, 2013; Vance, Ehrensaft and Rosenthal, 2014).

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtsidentität beginnt bereits in der frühen Kindheit und festigt sich mit Zunahme des Lebensalters beständig. In den meisten Fällen besteht dabei eine Kongruenz zwischen biologischem Geschlecht und Geschlechtsidentität (Steensma, Kreukels, *et al.*, 2013). Ist dies nicht der Fall, so findet der Begriff der Geschlechtsinkongruenz (GI) Anwendung (Ristori and Steensma, 2016; Hembree *et al.*, 2017). Kinder, Jugendliche, wie auch Erwachsene können von GI betroffen sein.

Der Konflikt zwischen biologischem Geschlecht und selbstidentifiziertem Geschlecht im Rahmen einer GI kann in Leidensdruck resultieren. Dies wird als Geschlechtsdysphorie bezeichnet. Nicht unbedingt muss das Vorliegen einer GI jedoch mit dem einer Geschlechtsdysphorie assoziiert sein.

Tabelle 1 fasst aktuelle Begrifflichkeiten und Definitionen im Zusammenhang mit Geschlechtlichkeit zusammen.

Begriff	Definition
Geschlecht	1) Anatomische Merkmale, welche mit Weiblichkeit oder Männlichkeit assoziiert sind (vgl. englische Begrifflichkeit „Sex“). 2) Verhaltenstechnische, kulturelle und psychologische Eigenschaften, welche mit Weiblichkeit oder Männlichkeit assoziiert sind (vgl. englische Begrifflichkeit „Gender“)
biologisches Geschlecht/ zugewiesenes Geschlecht	Geschlecht, welches einem Menschen bei Geburt anhand anatomischer (selten chromosomaler oder hormoneller) Eigenschaften zugewiesen wird.
Geschlechtsidentität	Tiefgreifende Wahrnehmung des eigenen Selbst bezogen auf geschlechtliche Aspekte. Kann als weiblich oder männlich definiert werden, oder variabel auf dem Kontinuum zwischen diesen beiden Attributen angesiedelt sein.

Geschlechtsrolle	Verhaltensweisen, Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale, die gesellschaftlich und kulturell als weiblich oder männlich antizipiert und akzeptiert werden.
Geschlechtsrollenverhalten	Öffentliche Manifestation des eigenen Geschlechts. Nicht immer stimmen Geschlechtsidentität und Geschlechtsrollenverhalten überein.
geschlechtsvariant	Überbegriff zur Bezeichnung von Menschen, deren Geschlechtsrollenverhalten oder Geschlechtsidentität nicht mit ihrem biologischen Geschlecht übereinstimmt. Zur weiteren Beschreibung geschlechtsvarianten Erlebens finden Begrifflichkeiten wie <i>transgender</i> , <i>trans*</i> , <i>non-binär</i> , <i>genderqueer</i> oder <i>gender fluid</i> Anwendung. Hierbei handelt es sich um Sammelbegriffe. Aufgrund fehlender einheitlicher Definitionen sind diese aktuell nicht Teil der gängigen wissenschaftlichen Terminologie.
Geschlechtsinkongruenz (GI)	1) Im wissenschaftlichen Diskurs zunehmend verwendeter Begriff in Bezug auf geschlechtsvariantes Erleben. 2) Seit 2018 offizielle Diagnose-Bezeichnung der ICD-11.
Geschlechtsdysphorie	1) Ablehnung der Geschlechtsmerkmale oder Geschlechtsrollenerwartungen in Zusammenhang mit dem biologischen Geschlecht. Es resultiert Leidensdruck. 2) Offizielle Diagnose-Bezeichnung im DSM-5.
Geschlechtsidentitätsstörung	Aktuell im deutschsprachigen Raum verwendete psychiatrische Diagnose-Bezeichnung im Rahmen der ICD-10. Zentrales Merkmal ist ein starkes Unbehagen bezüglich des eigenen biologischen Geschlechts.
Sexuelle Präferenzstruktur	Dreigliedriges Konzept: 1) Geschlecht des begehrten Partners (männliches Geschlecht, weibliches Geschlecht, beide Geschlechter), 2) Körperliches Entwicklungsalter des begehrten Partners (kindliches, frühpubertäres, erwachsenes Entwicklungsalter), 3) Art und Weise der Interaktion mit dem begehrten Partner (von normkonform bis paraphil). Sexuelle Präferenzstruktur und Geschlechtsidentität entwickeln sich unabhängig voneinander.

Table 1: Begrifflichkeiten und Definitionen in Bezug auf Geschlechtlichkeit (in Anlehnung an Beier, Bosinski and Loewit, 2005; Nieder, Briken and Richter-Appelt, 2013; Vance, Ehrensaft and Rosenthal, 2014; Rafferty, 2018)

Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) wird weltweit zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung eingesetzt (WHO and DIMDI, 2018). 2018 wurde die neueste Version dieser Systematik veröffentlicht, die ICD-11. Diese führt drei **Kriterien für das Vorliegen einer GI im Jugend- und Erwachsenenalter** auf (WHO, 2018):

- 1) Das stark ausgeprägte Unbehagen gegenüber den eigenen Geschlechtsmerkmalen,
- 2) den Wunsch, sich einiger oder sämtlicher der eigenen Geschlechtsmerkmale zu entledigen und

3) den Wunsch, die Geschlechtsmerkmale des selbstidentifizierten Geschlechts zu besitzen.

Ferner präzisiert die ICD-11, dass geschlechtsinkongruente Menschen entsprechend ihres selbstidentifizierten Geschlechts wahrgenommen und behandelt werden möchten.

Für die offizielle Diagnosevergabe laut ICD-11 müssen mindestens zwei der oben genannten Kriterien über einen Zeitraum von mehreren Monaten erfüllt sein. Explizit wird darauf hingewiesen, dass das alleinige Vorliegen geschlechtsvarianten Verhaltens (das Abweichen von soziokulturellen Geschlechtsstereotypen also) keine ausreichende Basis für die Diagnose einer Geschlechtsinkongruenz darstellt (WHO, 2018).

2.1 Prävalenzen

Weltweit steigt die Zahl der Jugendlichen, welche spezialisierte Kliniken und Beratungsstellen aufgrund einer GI konsultieren (Hewitt *et al.*, 2012; Spack *et al.*, 2012; Wood *et al.*, 2013; Möller and Romer, 2014; Wiepjes *et al.*, 2018). Ob diese Entwicklung eine tatsächliche Zunahme an Fallzahlen reflektiert, oder die gesteigerte Inanspruchnahme spezialisierter Angebote lediglich auf ein gesteigertes gesellschaftliches Bewusstsein gegenüber der Thematik, und eine damit einhergehende Entstigmatisierung von GI zurückzuführen ist, wird vielseitig diskutiert (Aitken *et al.*, 2015; Zucker, 2017; de Graaf *et al.*, 2018).

Tatsächlich ist die Epidemiologie der GI des Jugendalters bis dato nur unzureichend erforscht. Aktuelle Schätzungen unterschiedlicher Autor/innen bezüglich möglicher Prävalenzen bedienen sich unterschiedlicher Ausgangspopulationen und Erhebungsinstrumente und differieren demnach erheblich. Auch der beständige terminologische und definitorische Wandel im Zusammenhang mit dem Themenfeld der GI erschwert die Vergleichbarkeit unterschiedlicher Studien (Wiepjes *et al.*, 2018).

Die belastbarsten Schätzungen zur aktuellen Prävalenz der GI stammen aus den Niederlanden und beruhen auf einer retrospektiven Erfassung sämtlicher im Land vergebenen F64-Diagnosen nach ICD-10 (Kategorie der „Störungen der Geschlechtsidentität“, siehe *Punkt 2.2*). Demnach liegt die Prävalenz der GI bei 1:6.300 (0,016%) in der Altersgruppe der 12 bis 18-Jährigen.

Studien, welche geschlechtsinkongruentes Erleben von Jugendlichen fragebogenbasiert untersuchen, führen weitaus höheren Zahlen für (selbstberichtete) GI auf. So berichteten 0,9% aller 10- bis 17-Jährigen einer repräsentativen Hamburger

Stichprobe von geschlechtsinkongruentem Erleben. Diese Zahlen decken sich mit veralteten Schätzungen bezüglich der selbstberichteten Prävalenz der GI des Jugendalters im deutschsprachigen Raum (Bosinski *et al.*, 1996; Korte *et al.*, 2008; Becker *et al.*, 2017). In zwei nordamerikanischen Untersuchungen berichteten hingegen zwischen 3 und 16% der Jugendlichen unterschiedlicher Subgruppen von geschlechtsinkongruentem Erleben. Im Rahmen einer neuseeländischen Studie identifizierten sich 1,2% der teilnehmenden Jugendlichen als *transgender* (Zucker, 2017).

Auch die Raten elterlich-berichteter GI wurden in der Vergangenheit untersucht: Zwischen 0 und 6,3% nordamerikanischer Eltern und durchschnittlich 2,8% niederländischer Eltern berichten demnach von geschlechtsvariantem Verhalten ihrer Jugendlichen (Ristori and Steensma, 2016; Zucker, 2017).

2.1.1 Geschlechterverhältnis bei Inanspruchnahme spezialisierter Angebote

Historisch gesehen stellten sich biologische Jungen signifikant häufiger als biologische Mädchen im Rahmen spezialisierter Settings vor. Diese Tatsache wurde oftmals dahingehend erklärt, als dass geschlechtsvariantes Verhalten bei biologischen Mädchen traditionell eher akzeptiert würde als bei biologischen Jungen (Zucker, 2017). Seit Mitte der 2000er Jahre befindet sich die Geschlechterverteilung der hilfesusuchenden Jugendlichen jedoch im Wandel: Das zwischenzeitlich ausgewogene Geschlechterverhältnis bei klinischen Vorstellungen bewegt sich laut aktueller Daten zunehmend hin zu einem Überwiegen an Vorstellungen von biologischen Mädchen. Dieser Trend lässt sich europaweit sowie für Kanada und Japan belegen und wurde explizit in sämtlichen der unter *Punkt 2.1* erwähnten Studien beschrieben (Becker *et al.*, 2014; Meyenburg, 2014; Aitken *et al.*, 2015; Kaltiala-Heino *et al.*, 2015; Sasaki *et al.*, 2016; de Graaf *et al.*, 2018; Steensma, Cohen-Kettenis and Zucker, 2018; Wiepjes *et al.*, 2018).

Zeitlich betrachtet korrespondiert die Inversion des Geschlechterverhältnisses mit der grundsätzlichen Zunahme an klinischen Konsultationen von Jugendlichen mit GI. Unterschiedliche Hypothesen für diese Entwicklung werden diskutiert (Aitken *et al.*, 2015; Sasaki *et al.*, 2016; Zucker, 2017).

2.1.2 Einflussfaktor mediale Präsenz

Immer wieder wird die zunehmende Verfügbarkeit medialer Beiträge zum Thema GI als ein möglicher Grund für die steigenden Prävalenzen von Kindern und Jugendlichen

mit GI diskutiert. Es wird argumentiert, dass die zunehmende mediale Präsenz der GI die gesellschaftliche Akzeptanz bezüglich geschlechtsvarianten Identitätserlebens steigert und somit den Prozess des Coming-Outs für die entsprechenden Kinder und Jugendlichen ermöglicht (Vrouenraets *et al.*, 2016; Wiepjes *et al.*, 2018). Gleichzeitig steht die Frage im Raum, ob die zunehmende mediale Präsenz möglicherweise erst eine Problematisierung und Medikalisierung geschlechtsvarianten Erlebens bedingen könnte (Vrouenraets *et al.*, 2015).

In einer aktuellen Untersuchung beschreibt eine Autorin unter dem Stichwort „Rapid Onset Gender Dysphoria“ diesbezüglich eine Gruppe von Jugendlichen, deren GI möglicherweise durch den Konsum (sozialer) Medien im Entstehungsprozess beeinflusst wird (Littman, 2018b). Zeitnah nach Erscheinen wurde besagte Untersuchung jedoch derart stark methodisch wie auch inhaltlich von unterschiedlichen Seiten kritisiert (Serano, 2018; Temple Newhook *et al.*, 2018; Wadman, 2018; The Gender Dysphoria Affirmative Working Group, 2019), dass letztlich ein nachträglicher Peer-Review initiiert und die Untersuchung anschließend in überarbeiteter Version erneut publiziert wurde (Littman, 2018a, 2019). In Zukunft gilt es sicherlich, weitere Untersuchungen bezüglich medialer Auswirkungen, auch in Hinblick auf das mögliche Phänomen einer „Rapid Onset Gender Dysphoria“ abzuwarten.

2.1.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass die Prävalenz der selbst- und fremdberichteten GI des Jugendalters sich im unteren einstelligen Prozentbereich zu bewegen scheint. Bezogen auf die Inanspruchnahme therapeutischer Maßnahmen und die Diagnosevergabe nach gängigen Klassifikationssystemen scheint die Prävalenz noch deutlich niedriger.

Biologische Mädchen sind aktuell deutlich häufiger von GI betroffen als biologische Jungen und nehmen dementsprechend auch häufiger klinische Unterstützung in Anspruch als Jungen.

2.2 Terminologie und Krankheitsgedanke im Wandel

Im aktuellen soziopolitischen Diskurs wird Geschlechtlichkeit längst nicht mehr als dichotomes Phänomen begriffen. Zunehmend besteht Akzeptanz gegenüber Lebensrealitäten und Identitätswahrnehmungen, welche mit Begrifflichkeiten wie *transgender*, *trans**, *genderqueer* oder *gender-fluid* bezeichnet werden (Olson-Kennedy *et al.*, 2016). Seit spätestens Ende der 90er Jahre setzen sich LGBTI-Gruppen vermehrt für die Rechte und Inklusion von Trans*-Personen ein, die mediale Präsenz der Thematik nimmt beständig zu (Drescher, Cohen-Kettenis and Winter, 2012; Wood *et al.*, 2013; Littman, 2018b).

Diese Entwicklung spiegelt sich auch im Rahmen wissenschaftlicher Publikationen wieder: Seit Jahren wird die Debatte um Diagnosekriterien, klinische Begleitung und die Gefahr einer unnötigen Pathologisierung von geschlechtsinkongruenten Menschen vielschichtig geführt und weiterentwickelt.

Als historisches Zeugnis dieses kritischen Diskurses kann auch der terminologische und definitorische Wandel im Rahmen von internationalen Klassifikationssystemen gewertet werden. Nachdem der Begriff des „Transsexualismus“ bereits 1923 Erwähnung im wissenschaftlichen Diskurs gefunden hatte (Nieder and Richter-Appelt, 2011; Drescher, Cohen-Kettenis and Winter, 2012), beinhaltete erst die 1968 erschienene Fassung der ICD-8 die Diagnose des „Transvestitismus“ in der BRD bzw. „Transvestismus“ in der DDR (WHO, 1968b, 1968a). Ab 1979 führte die ICD-9 dann die Diagnose des „Transsexualismus“. Die 1998 veröffentlichte und aktuell im deutschsprachigen Raum noch immer verwendete ICD-10 verzeichnet im Kapitel der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen unter dem Stichwort „Störungen der Geschlechtsidentität“ unterschiedliche Diagnosen: „Transsexualismus“, „Transvestitismus“, sowie die „Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters“ werden klar voneinander abgegrenzt.

In direktem Bezug auf Jugendliche mit GI fehlt eine angemessene Klassifikationsmöglichkeit. Die deutsche AWMF-Leitlinie (S1-Klassifikation, aktuell in Überarbeitung) empfiehlt diesbezüglich die Diagnose einer „Geschlechtsidentitätsstörung des Jugendalters“ zu vergeben, oder – sofern von einem langfristigen Verlauf auszugehen ist – die einer „transsexuellen Entwicklung“ (Meyenburg *et al.*, 2013).

Einige Autor/innen, insbesondere Vertreter/innen der LGBTI-Community, verweisen auf das generelle Risiko einer Pathologisierung von Menschen mit GI und betrachten

die Vergabe einer offiziellen Diagnose demnach als grundsätzlich diskriminierend (Drescher, Cohen-Kettenis and Winter, 2012). Ein Großteil von Autor/innen hielt in der Vergangenheit hingegen an dieser Notwendigkeit fest – unter anderem mit dem Argument, dass in vielen Gesundheitssystemen erst die Vergabe einer Diagnose den Zugang zu medizinischer und psychologischer Unterstützung sichere (Steensma, Wensing-Kruger and Klink, 2017).

Kritisch diskutiert wurde dabei jedoch stets, ob die GI als psychiatrische Diagnose zu führen sei (sowohl in der ICD-10 als auch der aktuellen DSM-5 ist dies der Fall). Nicht selten würden geschlechtsinkongruente Menschen aufgrund ihrer psychiatrischen Diagnose in unterschiedlichen Lebensbereichen stigmatisiert und benachteiligt. Interessengruppen und Repräsentanten großer Institutionen, beispielsweise das europäische Parlament, wandten sich diesbezüglich während der letzten Jahre an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und forderten eine veränderte Verortung der Diagnose (Drescher, Cohen-Kettenis and Winter, 2012). Ebenfalls wurde in der Vergangenheit die in den gängigen Diagnosekatalogen verwendete Terminologie von zahlreichen Seiten kritisiert: Sowohl die Begriffe der Geschlechtsidentitätsstörung (ICD-10), als auch der Geschlechtsdysphorie (DSM-5) wurden von vielen Expert/innen als pathologisierend und anpassungswürdig erachtet (Nieder, Briken and Richter-Appelt, 2013; Möller and Romer, 2014; Güldenring, 2015; Meyenburg, Kröger and Neugebauer, 2015).

In Vorbereitung der ICD-11 und in Anbetracht der bestehenden inhaltlichen und terminologischen Kontroversen beauftragte die WHO eine Arbeitsgruppe internationaler Expert/innen damit, unterschiedliche Vorschläge zur möglichen Veränderung und Verankerung der Diagnose in der Neuauflage der ICD zu erarbeiten. Diese Vorschläge wurden später einer internationalen Feldprüfung unterzogen (Drescher, Cohen-Kettenis and Winter, 2012; Beek *et al.*, 2017).

Letztlich beinhaltet die im Juni 2018 vorgestellte ICD-11 die Diagnose der „Geschlechtsinkongruenz“, unterteilt in „Geschlechtsinkongruenz des Jugend- und Erwachsenenalters“ (siehe *Punkt 2* für eine Übersetzung des Wortlauts) und „Geschlechtsinkongruenz des Kindesalters“. Zu finden sind diese im neu etablierten Kapitel der „Conditions related to sexual health“, welches in keinerlei Zusammenhang mit psychiatrischen Diagnosen steht. Im Rahmen der noch ausstehenden Übersetzung der ICD-11 ins Deutsche und mit Hinblick auf die Gefahr einer erneuten Pathologisierung von geschlechtsinkongruenten Personen gilt es sicherlich, ein

adäquates deutschsprachiges Synonym für den weitgehend wertfreien englischen Begriff der „*condition*“ zu etablieren.

Während die veränderte Terminologie und Einordnung vielstimmig positiv aufgenommen wurde, äußern einige Expert/innen und ein Großteil der LGBTI-Interessengruppen weltweit Kritik an der ebenfalls in der ICD-11 enthaltenen expliziten GI-Diagnose für Kinder. Insbesondere in Anbetracht des im Kindesalter oftmals fehlenden Leidensdrucks sehen sie die offizielle Diagnosevergabe als ausschließlich stigmatisierend (Winter *et al.*, 2016). Andere Expert/innen verweisen darauf, dass eben doch auch immer wieder Kinder mit GI Zugang zu spezifischen Gesundheitsdiensten wünschen und dieser ausschließlich durch die Vergabe einer Diagnose möglich sei (Drescher, Cohen-Kettenis and Reed, 2016).

Ab wann die ICD-11 flächendeckend Eingang in das deutsche Gesundheitssystem finden wird, steht aktuell noch offen. Bewusst greift die hier vorgestellte Forschungsarbeit jedoch bereits auf die Neuerungen der Terminologie zurück und verwendet dementsprechend den Begriff der „Geschlechtsinkongruenz“ (GI) um ein Phänomen zu adressieren, welches im deutschen Sprachraum vormals als „Geschlechtsidentitätsstörung“ oder „Geschlechtsdysphorie“ bezeichnet wurde.

2.2.1 Spannungsfeld wissenschaftlicher Diskurs

Außer Frage stehen die positiven Auswirkungen der zunehmend öffentlichkeitswirksam geführten Debatten rund um die GI, ebenso das Erstarren unterschiedlicher Interessenverbände.

Jedoch berichten einige Autor/innen in diesem Kontext auch über einen zunehmenden soziopolitischen Druck auf das Forschungsfeld der GI. Dieser Druck beziehe sich auf Inhalt und Umsetzung wissenschaftlicher Untersuchungen, und erschwere die ergebnisoffene und kritische Auseinandersetzung mit der Thematik teils erheblich. In einem diesbezüglich vonseiten mehrerer Wissenschaftler/innen veröffentlichten Brief kamen die Stichworte „Suppression von Forschungsinhalten“ und „Zensur“ zur Anwendung, auch wurde von angedrohten Kündigungen berichtet (Stock *et al.*, 2018). Nach Einschätzung einiger Autor/innen könnten nicht nur einzelne Forschende, sondern auch öffentliche Institutionen sich in ihren Standpunkten und Handlungen durch Druck von außen beeinflusst sehen. In diesem Kontext wird beispielsweise auf die Schließung einer ehemals etablierten Klinik für geschlechtsinkongruente Kinder und Jugendliche in Toronto verwiesen (Blanchard *et al.*, 2016; Hayes, 2018). Ebenso wird der nachträgliche Review-Prozess eines wissenschaftlichen Artikels zum

Phänomen der „Rapid Onset Gender Dysphoria“ (vgl. *Punkt 2.1.2*) von einigen Seiten bewertet (Stock *et al.*, 2018; Kay, 2019).

Ob und inwiefern wissenschaftliche Fakultäten ihre Mitarbeitenden vor politischem/ öffentlichen Druck schützen können und sollten, wird diesbezüglich vielseitig diskutiert (Stock *et al.*, 2018; Brown University, 2019; Kay, 2019).

2.3 Ätiologie

Das Entstehen von GI wird als multifaktorielles Zusammenspiel von biopsychosozialen, soziokulturellen und familiären Faktoren betrachtet (Korte *et al.*, 2008; Nieder, Jordan and Richter-Appelt, 2011; Cohen-Kettenis and Klink, 2015).

Nach wie vor ist die Studienlage zu ätiologischen Konzepten jedoch unzureichend. Vermehrt werden naturwissenschaftliche, insbesondere neurobiologische Annahmen von psychodynamischen Theorien abgegrenzt (Nieder, Briken and Richter-Appelt, 2013).

Zwillingsstudien deuten an, dass genetische Aspekte durchaus beteiligt an der Entwicklung von GI im Kindes- und Jugendalter sein könnten, Umwelteinflüsse jedoch ebenso eine große Rolle spielen (Sasaki *et al.*, 2016). Zunehmend werden auch neuroanatomische Korrelate von GI untersucht. Eine aktuelle fMRT-Studie konnte diesbezüglich zeigen, dass Muster der funktionellen Konnektivität von geschlechtsinkongruenten Jugendlichen dem jeweiligen Identifikationsgeschlecht ähnelten¹, auch schien es GI-spezifische Muster zu geben. Dieser Effekt ließ sich ausschließlich im Jugendalter, nicht jedoch bei vorpubertären Kindern nachweisen (Nota *et al.*, 2017). Während (neuro-)biologische Studien zur Ätiologie der GI aktuell einen Aufschwung erleben und von unterschiedlichen Autor/innen als zentral für eine Weiterentwicklung des Diskurses beschrieben werden, fehlen zum jetzigen Zeitpunkt noch Daten ausreichend großen Stichproben, welche die Begründung belastbarer Hypothesen und Theorien erlauben (Drescher and Byne, 2012; Vrouenraets *et al.*, 2015).

Psychodynamische Konzepte bezüglich der Ätiologie von GI beinhalten unter anderem die Theorie einer sich im Entwicklungsverlauf ausbildenden „Kerngeschlechtsidentität“, welche durch körperliche, psychosoziale und psychosexuelle Faktoren geprägt wird. Der Einfluss (dysfunktionaler) Eltern-Kind-

¹ Geschlechtsinkongruente Mädchen wiesen demnach ähnliche Muster wie die Kontrollgruppe von nicht-geschlechtsinkongruenten Jungen auf und geschlechtsinkongruente Jungen wiesen ähnliche Muster wie nicht-geschlechtsinkongruente Mädchen auf.

Beziehungen auf die Ausbildung einer GI wird dabei von unterschiedlichen Autor/innen diskutiert. Neben lerntheoretischen Aspekten werden des Weiteren auch Traumakompensatorische Reaktionsmuster als ätiologische Einflussfaktoren angeführt (Korte *et al.*, 2008; Nieder, Briken and Richter-Appelt, 2013).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Prozess der Geschlechtsidentitätsausbildung und damit auch die Entstehung von GI nach wie vor unzureichend verstanden sind (Drescher and Byne, 2012; Cohen-Kettenis and Klink, 2015; Olson-Kennedy *et al.*, 2016).

2.4 Klinik

Ein Großteil der Jugendlichen, welche sich hilfesuchend an spezialisierte Kliniken wenden, berichten von dem Bestehen einer GI seit der frühesten Kindheit: Bereits in jungem Alter zeigte diese Gruppe geschlechtsvariantes Verhalten und/ oder äußersten Wunsch, dem jeweiligen Identifikationsgeschlecht anzugehören. Teilweise leben diese Jugendlichen bereits in ihrem Identifikationsgeschlecht (Cohen-Kettenis and Klink, 2015).

Mit Einsetzen der Pubertät und der Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale steigt der Leidensdruck geschlechtsinkongruenter Jugendlicher signifikant. Nicht selten wird versucht, den körperlichen Veränderungen dieser Lebensphase direkt entgegenzuwirken, beispielsweise durch das Abbinden der Brüste (Korte, 2015). Neben den physischen Veränderungen werden die zunehmende geschlechtsspezifische Außenwahrnehmung (bezogen auf das biologische Geschlecht) sowie die Entdeckung der eigenen Sexualität im Rahmen der Pubertät als wichtige Einflussfaktoren auf das Entstehen von Leidensdruck beschrieben (Steensma, Kreukels, *et al.*, 2013). Gehen geschlechtsinkongruente Jugendliche sexuelle Beziehungen ein, so werden nicht selten die eigenen primären und sekundären Geschlechtsmerkmale kategorisch von jeglicher Intimität ausgeschlossen (Cohen-Kettenis and Klink, 2015).

Selbstverständlich wenden sich auch Jugendliche mit weit weniger stark ausgeprägtem und früh manifestem Verlauf der GI an spezialisierte Kliniken. Ebenso kommt es zu Konsultationen durch Jugendliche, welche mit geschlechtsbezogenen Themen ringen, dabei jedoch nicht geschlechtsinkongruent sind (Cohen-Kettenis and Klink, 2015). Zunehmend beschreiben Autor/innen auch die Konsultation durch geschlechtsinkongruente Jugendliche und Erwachsene, welche keine oder nur Teile

einer medikamentösen und/ oder operativen Begleitung wünschen (Rafferty, 2018; Wiepjes *et al.*, 2018).

Das bis dato von einer Publikation beschriebene und kritisch diskutierte Phänomen der „Rapid Onset Gender Dysphoria“ scheint sich grundsätzlich erst während oder nach der Pubertät auszubilden und mehrheitlich biologische Mädchen zu betreffen (Littman, 2018b, 2018a; Temple Newhook *et al.*, 2018).

2.4.1 Desisters und Persisters

Bezüglich des zeitlichen Verlaufs ist festzustellen, dass die GI des Kindesalters nur bei einem Bruchteil der Betroffenen auch bis ins Jugend- und Erwachsenenalter weiterzubestehen scheint. So kam es im Rahmen retrospektiver Untersuchungen bei 63 – 98% aller klinisch vorgestellten Kinder zu einem späteren Sistieren der GI (diese Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit GI wird auch als „Desisters“ bezeichnet). Ein Großteil der Desisters identifizierte sich später als homosexuell (Drummond *et al.*, 2008; Wallien and Cohen-Kettenis, 2008; Steensma *et al.*, 2011; Steensma, McGuire, *et al.*, 2013).

Besteht eine GI des Kindesalters hingegen bis in die Pubertät (Gruppe der „Persisters“), so ist nach Einschätzung vieler Expert/innen von einer lebenslangen Persistenz auszugehen (Cohen-Kettenis, Delemarre-van De Waal and Gooren, 2008; Steensma *et al.*, 2011; de Vries *et al.*, 2014; Meyenburg, Kröger and Neugebauer, 2015). Andere Autor/innen widersprechen dieser Einschätzung und erklären, dass von einer dauerhaften Persistenz einer GI erst nach Abschluss der Pubertät ausgegangen werden könne (Korte, 2015).

Zahlreiche Untersuchungen haben sich in der Vergangenheit mit der Frage beschäftigt, inwiefern das Persistieren einer GI des Kindesalters vorausgesagt werden kann. Als mögliche Prädiktoren für das langfristige Bestehen einer GI wurden identifiziert: 1) Eine stark ausgeprägte GI während der Kindheit, 2) ein höheres Alter bei klinischem Erstkontakt, 3) ein biologisch weibliches Geburtsgeschlecht und 4) ein bereits erfolgter sozialer Rollenwechsel während der Kindheit (Wallien and Cohen-Kettenis, 2008; Steensma, McGuire, *et al.*, 2013). Jedoch ist es klinisch tätigen Expert/innen bis dato nicht möglich, den zukünftigen Verlauf einer GI des Kindesalters mit Sicherheit vorzusagen.

Die Hypothesen und Theorien bezüglich Desisters und Persisters, insbesondere die hohen Zahlen vermeintlicher Desisters, werden im aktuellen wissenschaftlichen Diskurs kritisch diskutiert. Dabei führen Autor/innen methodische, theoretische,

ethische und interpretative Bedenken bezüglich der vier retrospektiven Studien an, welche in der Vergangenheit das Konzept um Desisters und Persisters maßgeblich prägten (Rafferty, 2018; Temple Newhook *et al.*, 2018).

2.4.2 Psychopathologien

Jugendliche mit GI zeigen sich vulnerabler gegenüber psychiatrischen Komorbiditäten als die Allgemeinpopulation (Heylens *et al.*, 2014; Drummond *et al.*, 2018). Insbesondere die Rate an internalisierenden Störungen ist erhöht, beispielsweise treten vermehrt Depressionen, sozialer Rückzug oder Angststörungen auf. Jugendliche mit GI haben zudem ein signifikant erhöhtes Risiko für selbstverletzendes Verhalten und Suizidversuche (Spack *et al.*, 2012; Reisner *et al.*, 2015; Vrouenraets *et al.*, 2015). Auch wurde eine erhöhte Vulnerabilität im gesellschaftlichen Kontext beschrieben: Jugendliche mit GI sind überproportional häufig von Obdachlosigkeit, körperlicher Gewalt und Drogenmissbrauch betroffen (Rafferty, 2018); die Raten für riskantes Sexualverhalten, Sexarbeit und HIV-Infektionen sind ebenfalls erhöht (Wilson *et al.*, 2009).

Als Hauptprädiktor für das Vorhandensein relevanter Psychopathologien wurden schlechte Peer-Beziehungen identifiziert (Steensma *et al.*, 2014; de Vries *et al.*, 2016). Dabei schienen kulturelle und gesellschaftliche Faktoren eine zusätzliche Rolle zu spielen: Im internationalen Vergleich zeigte sich, dass niederländische Jugendliche mit GI grundsätzlich bessere Beziehungen zu Gleichaltrigen pflegten und dementsprechend eine niedrigere Rate an begleitenden Psychopathologien aufwiesen als kanadische Jugendliche (de Vries *et al.*, 2016).

Unbedingt gilt es jedoch festzustellen, dass eine GI im Jugendalter nicht grundsätzlich mit Psychopathologien assoziiert sein muss. Protektiv scheinen sich ein unterstützendes familiäres und soziales Umfeld auszuwirken: So konnte gezeigt werden, dass Kinder, die bereits einen sozialen Rollenwechsel vollzogen hatten und von ihrer Familie in ihrem Identifikationsgeschlecht unterstützt wurden, im Vergleich zu Kontrollgruppen keinerlei erhöhte Scores bezüglich Depressivität und lediglich dezent erhöhte Scores bezüglich Ängstlichkeit aufwiesen (Möller *et al.*, 2014; Olson *et al.*, 2016).

Expert/innen stimmen überein, dass das Vorhandensein von psychiatrischen Komorbiditäten die Diagnostik und Therapie von GI erschweren kann. Regelmäßig sehen sich Kliniker/innen diesbezüglich mit der Frage konfrontiert, ob

Psychopathologien lediglich im Rahmen einer bereits bestehenden GI auftreten oder möglicherweise maßgeblich an deren Entstehung beteiligt sind (Korte *et al.*, 2008; Spack *et al.*, 2012).

2.5 Diagnostik

Die Diagnosekriterien der GI im Rahmen der aktuellen ICD-11 sind unter *Punkt 2* aufgeführt.

Vergleichbar hierzu führt die S1-Leitlinie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit GI zwei Hauptkriterien zur Diagnosestellung auf (Meyenburg *et al.*, 2013): 1) Den anhaltenden und dringlichen Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören und 2) ein dauerndes Unbehagen über das eigene Geschlecht (= Geschlechtsdysphorie).

Bezugnehmend auf die ungeklärte Ätiologie der GI verweist die Leitlinie darauf, dass die Diagnose einer GI des Jugendalters zum aktuellen Zeitpunkt nicht mittels apparativer oder Labordiagnostik gesichert werden kann. Der diagnostische Prozess beinhaltet neben ausführlicher psychiatrischer/ psychologischer Exploration der hilfeschuchenden Jugendlichen auch ausführliche Gespräche mit Erziehungspersonen und gegebenenfalls dem erweiterten Umfeld. Spezifische Screening-Verfahren können bei Bedarf ergänzend eingesetzt werden (beispielsweise die „*Child Behavior Checklist*“, der „*Youth Self Report*“, die „*Utrecht Gender Dysphoria Scale*“ oder das „*Gender Identity Interview for Children*“) (Korte, Beier and Bosinski, 2016).

Zur Differenzialdiagnostik (siehe auch *Punkt 2.6*) werden neben der psychologischen Evaluation auch endokrinologische und gegebenenfalls genetische Untersuchungen empfohlen (Meyenburg *et al.*, 2013).

Einen Einblick in die praktische Umsetzung dieser Empfehlungen ermöglichen Möller *et al.* 2014: So erstreckt sich der diagnostische Prozess in der Hamburger Sprechstunde „Geschlechtsidentität/ Transgender/ Geschlechtsdysphorie“ (vormals „Interdisziplinäre Spezialsprechstunde für Kinder und Jugendliche mit Variationen der Geschlechtsidentität“) oftmals über einen Zeitraum von mehreren Monaten und beinhaltet ausführliche Gespräche mit den Jugendlichen sowie deren Eltern. Anschließend erfolgt eine Zweitsicht durch einen weiteren erfahrenen Mitarbeitenden des Instituts sowie eine endokrinologische Begutachtung und Abklärung. Das Ende des interdisziplinären Diagnoseprozesses markiert eine arbeitsgruppeninterne Fallbesprechung, im Rahmen welcher die klinische Einschätzung sowie das weitere

Prozedere von den Mitarbeitenden der Sprechstunde evaluiert werden. Anschließend wird den Jugendlichen und Eltern gegenüber eine Behandlungsempfehlung ausgesprochen und die jeweiligen Zuständigkeiten werden geklärt (Möller *et al.*, 2014).

2.6 Differenzialdiagnostik

Differenzialdiagnosen aus dem Spektrum der Intersexualität können klinisch sowie durch endokrinologische und genetische Untersuchungen gesichert werden. Mittels psychologischer Exploration gilt es zudem, beginnende Persönlichkeitsstörungen oder akute Psychosen, welche sich mitunter durch eine GI präsentieren können, auszuschließen. Ebenso sollte die reaktive Ausbildung einer GI in Folge (sexueller) Traumatisierung oder bestehender Eltern-Kind-Konflikte in Erwägung gezogen werden (Korte *et al.*, 2008).

Auch verweisen mehrere Autor/innen auf die in der ICD-10 beinhalteten Differentialdiagnosen der *Sexuellen Reifungskrise* sowie der *Ich-dystonen Sexualorientierung* (Meyenburg *et al.*, 2013; Korte, 2015; Korte, Beier and Bosinski, 2016). Die sexuelle Reifungskrise beschreibt dabei eine Unsicherheit bezüglich der eigenen Geschlechtsidentität oder sexuellen Orientierung und daraus resultierende Ängste und Depressionen (WHO and DIMDI, 2018). Eine Ich-dystone Sexualorientierung besteht, wenn die jeweilige Geschlechtsidentität oder sexuelle Ausrichtung einer Person zwar eindeutig ist, die jeweilige Person diese aber ablehnt (WHO and DIMDI, 2018).

Tatsächlich wurde sowohl die Diagnose der sexuellen Reifungskrise als auch die Diagnose der Ich-dystonen Sexualorientierung im Rahmen der Revision der ICD-10 entfernt und sind demnach nicht mehr Teil der ICD-11. Begründet wurde diese Entscheidung mit der Tatsache, dass beide Diagnosen das Risiko einer Pathologisierung von physiologischen Entwicklungsmustern bergen (Cochran *et al.*, 2014).

2.7 Therapie

Leitlinien und Therapieempfehlungen weltweit verweisen auf die Wichtigkeit einer interdisziplinären Begleitung von Jugendlichen mit GI. So sollten zumindest Kinder- und Jugendpsycholog/innen, sowie -Psychiater/innen und -Endokrinolog/innen an der

Behandlung beteiligt sein (Hembree *et al.*, 2009; Coleman *et al.*, 2012; Meyenburg *et al.*, 2013; Korte, 2015).

Als übergeordnete Therapieziele definieren Expert/innen: 1) die Reduktion von Leid auf Basis der GI, 2) die Behandlung psychiatrischer Komorbiditäten, 3) die Unterstützung bei allen Entwicklungsaufgaben und Verbesserung der Lebensqualität, 4) die Aufklärung und Stärkung der beteiligten Familien, 5) eine angemessene Begleitung und Aufklärung während des gesamten therapeutischen Prozesses (Coleman *et al.*, 2012; Meyenburg *et al.*, 2013; Möller *et al.*, 2014; Hembree *et al.*, 2017).

Im Hinblick auf die potentiell hohen Quoten an Desisters besteht internationaler Konsens, dass die Behandlung von Kindern mit GI primär aus psychotherapeutischen Maßnahmen bestehen sollte (Korte, Beier and Bosinski, 2016; Ristori and Steensma, 2016). Zur Behandlung von Jugendlichen mit GI stehen neben der Psychotherapie hingegen auch unterschiedliche medikamentöse Optionen sowie im weiteren Verlauf geschlechtsangleichende Verfahren zur Verfügung.

2.7.1 Psychotherapeutische Begleitung und Alltagserprobung

Im Zentrum der Behandlung von Jugendlichen mit GI steht die psychotherapeutische Begleitung. Die deutsche AWMF-Leitlinie empfiehlt eine individuelle psychoanalytische, tiefenpsychologisch fundierte oder kognitiv-behavioral orientierte Psychotherapie. Grundsätzlich soll über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr eine wertungsfreie und ergebnisoffene Begleitung des diagnostischen wie auch therapeutischen Prozesses ermöglicht werden. Bei geringem Ausmaß an Leidensdruck und psychiatrischen Komorbiditäten kann die Psychotherapie auch niederfrequent durchgeführt werden (Meyenburg *et al.*, 2013; Korte, Beier and Bosinski, 2016).

Während der Phase der Alltagserprobung sollen die Jugendlichen den sozialen Rollenwechsel vollziehen und für den Zeitraum eines Jahres möglichst vollständig im jeweiligen Identifikationsgeschlecht leben. Die Alltagserprobung dient hierbei als Testphase und soll nicht zuletzt die diagnostische Sicherheit vor Initiierung einer möglichen Therapie mittels medikamentöser und operativer Verfahren erhöhen (Meyenburg, Kröger and Neugebauer, 2015).

2.7.2 Pubertätsblockade

Ursprünglich zur Therapie der Pseudopubertas praecox verwendet, finden GnRH-Analoga seit Beginn der achtziger Jahre auch Anwendung in der medikamentösen Therapie von Jugendlichen mit GI und werden dann als Pubertätsblockade (PB) bezeichnet (Cohen-Kettenis and Klink, 2015; Lopez *et al.*, 2017).

Durch eine verminderte Produktion und Ausschüttung von Sexualhormonen unterdrückt die PB das Voranschreiten der physiologischen Pubertät und die Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale. Dieser Vorgang ist reversibel (de Vries *et al.*, 2014; Hembree *et al.*, 2017).

Die meisten Therapieschemata für Jugendliche mit GI empfehlen den Einsatz von PB nach erfolgter Diagnostik und ab einem Tanner Stadium II und/ oder einem Mindestalter von 12 Jahren (Coleman *et al.*, 2012; Meyenburg *et al.*, 2013; Hembree *et al.*, 2017). Zunehmend findet PB aber auch bei jüngeren Jugendlichen Anwendung (Hewitt *et al.*, 2012; Spack *et al.*, 2012). In jedem Fall wird vor einer Behandlung mit PB der Beginn der physiologischen Pubertät abgewartet: Die im Rahmen dieser Lebensphase zunehmende Geschlechtsdysphorie wird von Expert/innen als wichtiges diagnostisches Kriterium und als Voraussetzung für eine Behandlung mit PB beschrieben (de Vries and Cohen-Kettenis, 2012; Möller *et al.*, 2014).

Unterschiedliche Autor/innen beschreiben, dass die PB den Leidensdruck von Jugendlichen mit GI signifikant vermindert, indem die als höchst belastende Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale verhindert wird. Möglicherweise könne so auch die Entstehung reaktiver Psychopathologien verhindert werden (Cohen-Kettenis, Delemarre-van De Waal and Gooren, 2008; de Vries *et al.*, 2011).

Aufgrund ihrer somatischen Reversibilität wird die PB inzwischen nicht selten als erweiterte diagnostische Phase begriffen, welche eine tiefergehende Exploration der GI erlaubt und zudem ein größeres Zeitfenster für künftige Therapieentscheidungen ermöglicht (Cohen-Kettenis and Klink, 2015).

(Somatische) Langzeitfolgen der PB sind zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend untersucht, jedoch wurden bis dato keinerlei gravierende Nebenwirkungen beobachtet. In aktuellen Studien wurde eine passager verminderte Knochendichte und –masse beschrieben sowie in äußerst seltenen Fällen die Ausbildung eines arteriellen Hypertonus (Klink *et al.*, 2015; Steensma, Wensing-Kruger and Klink, 2017). Diese Studien gilt es in Zukunft anhand größerer Fallzahlen zu validieren.

Aktuell integraler Bestandteil von Behandlungsempfehlungen und Leitlinien weltweit, wird die PB im deutschsprachigen Raum noch immer kritisch diskutiert.

Primär verweisen Kritiker/innen der PB auf die Tatsache, dass nach wie vor nicht sicher zwischen Desisters und Persisters unterschieden werden könne und endgültige Sicherheit über einen langfristigen Verlauf einer GI erst nach Abschluss der Pubertät gegeben sei (Korte *et al.*, 2008; Korte, 2015). Während die Gruppe der Persisters laut dieser Expert/innen zweifelsohne von einer PB profitieren würde, wird bezüglich der Gruppe von Desisters auf die Wichtigkeit physiologischer Sexualhormonspiegel für Ausbildung und Festigung der Geschlechtsidentität hingewiesen. Zudem wirke sich die PB negativ auf die sexuelle Appetenz aus, demnach könnten diagnostisch wichtige altersgemäße (sozio-)sexuelle Erfahrungen nicht gesammelt werden. Es wird die Besorgnis geäußert, dass eine künstliche Blockade der Hormonspiegel die Ausbildung anderer Variationen der sexuellen Identität behindert und stattdessen eine iatrogen induzierte Persistenz der GI bedingen könnte (Korte *et al.*, 2008; Korte, 2015). Dabei wird auf den absoluten Mangel an sogenannten Therapie-Drop-Outs hingewiesen: Sämtliche in der Literatur beschriebenen Jugendlichen, welche PB erhielten, nahmen anschließend weitere geschlechtsangleichende Therapieoptionen wahr (Rutzen *et al.*, 2014).

Da die physiologischen Prozesse, welche die Konsolidierung der Geschlechtsidentität beeinflussen, aktuell nicht hinreichend untersucht sind, ist die Hypothese der iatrogen induzierten Persistenz von GI zum jetzigen Zeitpunkt jedoch weder beleg- noch widerlegbar (Möller *et al.*, 2014). Geht man davon aus, dass eine Therapie mit PB immer auch in geschlechtsangleichenden und demnach irreversiblen Maßnahmen mündet, gilt es den Kritiker/innen der PB nach zudem zu hinterfragen, ob die Jugendlichen die lebenslange Tragweite ihrer Entscheidungen angemessen überblicken können. Diese Frage bezüglich der Entscheidungsfähigkeit von Jugendlichen mit GI ist laut einiger Autor/innen insbesondere bezüglich der hohen Rate an begleitenden Psychopathologien kritisch zu eruieren (Korte *et al.*, 2008, 2014).

2.7.3 Gegengeschlechtliche Hormontherapie und geschlechtsangleichende Operationen

Gegengeschlechtliche Hormone bedingen irreversible körperliche Veränderungen und finden demnach nur nach ausführlicher Aufklärung und bei Vorliegen einer hohen diagnostischen Sicherheit Anwendung. Insbesondere wird in diesem Zusammenhang

auf das Risiko einer Infertilität verwiesen (Meyenburg, Kröger and Neugebauer, 2015). Tatsächlich berichten Arbeitsgruppen, welche im Rahmen ihrer Therapieschemata auch eine Beratung über und die Durchführung von fertilitätserhaltenden Maßnahmen ermöglichen, von einer insgesamt niedrigen Inanspruchnahme dieses Angebots (Chen *et al.*, 2017; Nahata *et al.*, 2017). Mögliche Gründe hierfür gilt es in Zukunft weiter zu beleuchten.

Die deutschen Leitlinien fordern eine mindestens einjährig erfolgte psychotherapeutische Betreuung sowie Eintritt in die Alltagserprobung vor Beginn einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie (Meyenburg *et al.*, 2013). Weltweit wird ein Mindestalter von 16 Jahren für den Beginn einer Therapie mit gegengeschlechtlichen Hormonen empfohlen (Hembree *et al.*, 2017).

Ab dem 18 Lebensjahr stehen Menschen mit GI zusätzlich zu medikamentösen Therapien auch operative Verfahren zu Verfügung, beispielsweise Vaginal- und Phalloplastiken (Coleman *et al.*, 2012; Meyenburg *et al.*, 2013).

2.8 Wissenslücken im aktuellen Diskurs und Fragestellung

Nach wie vor ist das Phänomen der GI unzureichend verstanden, insbesondere im Hinblick auf ätiologische Grundlagen sowie bezüglich angemessener diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen (Olson-Kennedy *et al.*, 2016; Ristori and Steensma, 2016).

Angesichts der kontroversen Debatte um die therapeutische Begleitung von geschlechtsinkongruenten Jugendlichen kam eine qualitative Interview-Studie internationaler Expert/innen zu dem Schluss, dass unterschiedliche Meinungen zur Thematik maßgeblich auf unterschiedlichen Einschätzungen bezüglich der Natur von Geschlechtlichkeit und GI beruhen und es in Zukunft gälte, diese Einschätzungen weiter zu explorieren (Vrouenraets *et al.*, 2015). Selbige Studie verweist darauf, dass insbesondere Kritiker der PB nur selten im internationalen Kontext publizieren und der zugehörige Prozess der Meinungsbildung demnach schlecht verstanden ist.

Eine andere qualitative Interview-Studie erklärt hingegen, dass die Kontroverse um die PB bereits abgeschlossen sei: „Die Frage scheint also nicht mehr zu sein, *ob* diese (*gemeint sind pubertätsblockierende Medikamente*) eingesetzt werden sollten, sondern *in welchen Fällen*“ (Rutzen *et al.*, 2014). Offensichtlich kamen im Rahmen dieser Untersuchung nur Expert/innen zu Wort, welche den Einsatz der PB positiv einschätzen. Tatsächlich lässt sich jedoch anhand unterschiedlicher Publikationen

zweifelsfrei belegen, dass es nach wie vor kritische Stimmen in Bezug auf PB gibt (Korte *et al.*, 2008, 2014; Korte, 2015; Korte, Beier and Bosinski, 2016).

In Anbetracht beständig steigender Zahlen hilfeschender Jugendlicher mit GI und in Anbetracht des mitunter hohen Leidensdrucks dieses Kollektivs gilt es zukünftig nicht nur die theoretischen Aspekte des Phänomens weiter zu erforschen, sondern auch begleitende (therapeutische) Angebote auszubauen und zu entwickeln.

Die vorliegende Arbeit erfolgte mit dem Ziel, Expert/innen-Meinungen bezüglich der adäquaten Begleitung von Jugendlichen mit GI im deutschsprachigen Raum zusammenzubringen und zu analysieren.

Im Zentrum der Untersuchung standen dabei die Einschätzungen der Expert/innen bezüglich

- 1) allgemeiner Prinzipien der professionellen Begleitung von Jugendlichen mit GI,
- 2) der Kontroverse um den Einsatz von PB: Individuelle Einschätzungen dieser therapeutischen Option und Einflussfaktoren auf den meinungsbildenden Prozess,
- 3) Auswirkungen (sozialer) Medien auf die Inanspruchnahme von und die Anforderungen an spezialisierte Begleitangebote.

3. Methoden

Zur adäquaten Auseinandersetzung mit der im Rahmen dieser Forschungsarbeit identifizierten Fragestellung bot sich der Einsatz qualitativer Forschungsmethoden an. Ursprünglich primär in den Sozialwissenschaften und der Psychologie verortet (Mayring, 2016), halten qualitative Methoden zunehmend auch Einzug in die medizinische Forschung (Poses and Isen, 1998; Herrmann and Flick, 2009). Sie ermöglichen dabei insbesondere die intensive und ergebnisoffene Beforschung vormals unzureichend verstandener Zustände und Themenfelder. Schlusspunkt eines qualitativen Forschungsprozesses bildet die Generierung neuer themenspezifischer Hypothesen. Bei Bedarf können diese im Anschluss mittels quantitativer Forschungsmethoden weiter überprüft und verfeinert werden (Sofaer, 1999).

3.1 Kennzeichen qualitativer Forschung

Qualitative Forschungsmethoden zeichnen sich durch andere Grundideen als quantitative Forschungsmethoden aus. Nach Lamnek und Krell (Lamnek and Krell, 2016a) lassen sich diese mittels sechs Prinzipien zusammenfassen:

1. Offenheit

Nur wenn qualitative Forschung dem jeweiligen Forschungsgegenstand mit maximaler Offenheit begegnet, kann es „auch zu unerwarteten und dadurch instruktiven Informationen“ kommen (Lamnek and Krell, 2016a). Das Prinzip der Offenheit soll sowohl gegenüber den Untersuchungspersonen, als auch in Bezug auf die jeweilige Untersuchungssituation und die verwendeten Methoden bestehen.

2. Forschung als Kommunikation

Die Interaktion zwischen Forschenden und zu Erforschendem stellt einen integralen Bestandteil qualitativer Forschung dar und wird nicht – wie in quantitativer Forschung üblich – als potentielle Störquelle wahrgenommen.

Vielmehr wird davon ausgegangen, dass „die Sicht der Wirklichkeit perspektivabhängig ist“ (Lamnek and Krell, 2016a). Der kommunikative Prozess ist demnach vital für das Verständnis der jeweiligen Perspektive des Forschungsgegenstands.

3. Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand

Qualitative Forschung begreift die jeweils zu untersuchenden Lebensrealitäten als dynamische Konstrukte, keinesfalls als „statische Repräsentationen eines unveränderlichen Wirkungszusammenhangs“ (Lamnek and Krell, 2016a). Demnach

sind sowohl der Forschungsgegenstand an sich, als auch die Forschung selbst durch einen prozessualen Charakter geprägt – die bestehende Realität wird beständig hinterfragt, weiterentwickelt und angepasst.

4. Reflexivität von Gegenstand und Analyse

Dieses Prinzip schreibt den Forschenden selbst – ähnlich wie das Prinzip der „Forschung als Kommunikation“ – eine aktive und wichtige Rolle im Forschungsprozess zu: Durch beständige methodische und inhaltliche Reflexion generieren sie selbst Daten und Ergebnisse. Eine Vielzahl an Hilfsmitteln soll die kontinuierliche und kritische Auseinandersetzung mit dem Forschungsvorhaben ermöglichen, beispielsweise wird auf das Verfassen von Forschungstagebüchern sowie gegenstandsbezogener Memos zurückgegriffen, auch werden Aspekte des Forschungsprozesses mit beteiligten und nicht-beteiligten Menschen diskutiert (Flick, 2007).

5. Explikation

Nach dem Prinzip der Explikation sind die Forschenden angehalten, den Untersuchungsprozess selbst, sowie sämtliche darauf wirkenden Einflussfaktoren – sofern diese bewusst wahrgenommen werden – darzulegen.

6. Flexibilität

Das Prinzip der Flexibilität bezieht sich auf alle Aspekte des Forschungsprozesses und soll eine maximale Annäherung an den Forschungsgegenstand ermöglichen. Das methodische und analytische Vorgehen wird dabei stets am Forschungsgegenstand ausgerichtet und nicht umgekehrt (sogenannte Gegenstandsorientierung) (Flick, 2007). Dementsprechend werden Methoden aber auch Forschungsschwerpunkte im Hinblick auf die bereits erhobenen Daten beständig angepasst.

3.2 Gütekriterien qualitativer Forschung

Bedient die qualitative Forschung sich anderer Prinzipien und Methoden als die quantitative Forschung, so kommen zur Evaluation der jeweiligen Forschungs-Güte auch andere Kriterien zur Anwendung als in Bezug auf quantitative Forschung.

Mayring definiert diesbezüglich sechs allgemeingültige Gütekriterien qualitativer Forschung (Mayring 2016):

1. Verfahrensdokumentation

Qualitative Forschung greift nicht auf standardisierte Techniken zurück, sondern ermöglicht die Etablierung dynamisch an den Forschungsgegenstand angepasster

Methoden. Aufgrund dieser Individualität muss der Forschungsprozess ausführlich dokumentiert werden um im Anschluss auch für Unbeteiligte nachvollziehbar zu sein. Das Prinzip der Verfahrensdokumentation bezieht sich auf alle Aspekte des Forschungsprozesses: Von einer Explikation des jeweiligen thematischen Vorverständnisses bis hin zur Auswahl und Anpassung von Datenerhebungs- und Analyseinstrumenten.

2. Argumentative Interpretationsabsicherung

Sämtliche aus qualitativer Forschung resultierende Interpretationen müssen argumentativ begründet werden. Dies ist möglich, wenn 1) ein adäquates Vorverständnis zur Thematik durch die Forschenden besteht, 2) sämtliche Interpretationen in sich schlüssig sind bzw. mögliche Brüche der Argumentation erklärt werden können 3) Alternativdeutungen der jeweiligen Interpretationen gesucht und überprüft werden.

3. Regelgeleitetheit

Auch wenn qualitative Methoden sich flexibel am jeweiligen Forschungsgegenstand orientieren, muss das Vorgehen und die Analyse doch systematisch und regelgeleitet erfolgen.

4. Nähe zum Gegenstand

Gegenstandsgemessenheit stellt einen Leitgedanken der qualitativ-interpretativen Forschung dar. Qualitative Forschung ist dabei um ein offenes und gleichberechtigtes Verhältnis zwischen Forschenden und Beforschten bemüht.

5. Kommunikative Validierung

Qualitative Forschung stellt einen kommunikativen Prozess dar und somit gilt es, sämtliche Ergebnisse und Interpretationen nochmals im Nachhinein mit den Beforschten zu diskutieren und verifizieren. Es handelt sich hierbei um einen, jedoch keinesfalls den einzigen Schritt zur Validierung der jeweiligen Interpretationen – bestenfalls soll das Analyseergebnis über die Blickwinkel der einzelnen Beforschten hinausgehen.

6. Triangulation

Die Güte qualitativer Forschung wird positiv durch das Verbinden unterschiedlicher Methoden und Analyseverfahren beeinflusst. Triangulation kann auf allen Ebenen des Forschungsprozesses zu finden sein: Beispielsweise können unterschiedliche Datenquellen oder Interpret/innen oder Theorieansätze Eingang in den Forschungsprozess finden. Im Endeffekt gilt es sich der Fragestellung möglichst

vielseitig zu nähern und hieraus resultierende unterschiedliche Interpretationen zu vergleichen.

3.3 Methodenwahl

Die Theorie des qualitativen Denkens mündet in einer Fülle an unterschiedlichen methodischen Verfahren – nur durch individuelle Ansätze können die unter *Punkt 3.1* und *Punkt 3.2* beschriebenen Kennzeichen und Gütekriterien qualitativer Forschung hinreichend implementiert und adressiert werden.

Grundsätzlich können qualitative Methoden in drei Kategorien eingeteilt werden: Erhebungstechniken dienen der Materialsammlung, Aufbereitungstechniken ermöglichen eine Sicherung und Strukturierung des Materials, Auswertungstechniken dienen letztlich der Analyse des gesammelten Materials (Mayring, 2016).

Bezugnehmend auf die Prinzipien der Offenheit und Reflexivität gilt es, die dem Forschungsgegenstand angemessensten dieser Verfahren auszuwählen (Mayring 2016). Dementsprechend wurden im Rahmen dieser Forschungsarbeit zunächst unterschiedliche Standardwerke der qualitativen Forschung konsultiert und mögliche methodische Ansätze in der Forschungsgruppe diskutiert.

Im Folgenden soll nur auf die tatsächlich verwendeten Methoden eingegangen werden.

3.4 Erhebungstechnik: Das problemzentrierte Interview

Der Begriff des „problemzentrierten Interviews“ (PZI) wurde in den 1980er Jahren erstmalig eingeführt (Witzel, 1982, 1985) und fasst unterschiedliche Formen der offenen, halbstrukturierten Befragung zusammen (Mayring, 2016).

Im Zentrum des PZI steht eine durch die Forschenden im Voraus definierte und recherchierte Problemstellung, welche mittels eines Interviewleitfadens festgehalten und im Rahmen des Interviews immer wieder aufgegriffen wird.

Das PZI ist gekennzeichnet durch ein induktiv-deduktives Wechselverhältnis (Witzel, 2000) und stellt ein theoriegenerierendes Verfahren der qualitativen Forschung dar. Der Einsatz von Gesprächs-Leitfäden im Rahmen des PZI bedingt ein gewisses Maß an Standardisierung und erleichtert den Vergleich einzelner Interviews (Mayring, 2016).

Um eine thematische Fokussierung der PZI zu ermöglichen und demographische Daten zeitsparend zu erfassen, schlägt Witzel zusätzlich den Einsatz eines

Kurzfragebogens vor Beginn des eigentlichen Interviews vor. Im Anschluss an das Gespräch sollten die Interviewenden ihre unmittelbaren Eindrücke bezüglich Inhalt und Setting mittels eines Postskriptums festhalten (Flick, 2007).

Drei Grundprinzipien des PZI werden von Andreas Witzel definiert (Witzel, 1982, 1985, 2000), diese greifen die Prinzipien qualitativer Forschung nach Lamnek und Krell auf (vgl. *Punkt 3.1*) (Lamnek and Krell, 2016b):

Problemzentrierung: Dieses Prinzip umfasst zwei Aspekte: 1) Den Mittelpunkt jedes PZI bildet eine gesellschaftliche Problemstellung, welche durch die Forschenden identifiziert wurde. 2) Die Forschenden sind verpflichtet, sich vor dem Führen der Interviews mit den objektiven Aspekten der jeweiligen Problemstellung eingehend vertraut zu machen. Der Datenerhebung geht somit stets ein Lernprozess voraus. Diese Tatsache ist insofern erwähnenswert, als dass andere Strömungen der qualitativen Forschung den Standpunkt vertreten, dass ein wirklich ergebnisoffener Forschungsprozess nur dann möglich sei, wenn die Forschenden keinerlei Vorbildung zur untersuchten Thematik mitbrächten und somit ohne jegliche Vorannahmen agieren würden. Witzel hingegen argumentiert, dass erst die vorherige Kenntnis der unterschiedlichen Aspekte einer Problemstellung es erlaubt, die Erklärungen und Ausführungen der Interviewpartner/innen zu verstehen und tiefgreifende Nachfragen zu stellen (Witzel, 1985). Dabei sollten qualitativ Forschende sich im Vorfeld einer Untersuchung zwar ausführlich mit dem Forschungsgegenstand auseinandersetzen, dieses Wissen für den Prozess der Untersuchung jedoch in ihrer Gültigkeit ausklammern, um offen für alle Arten von Input und Interpretation zu bleiben (Witzel, 2000).

Gegenstandsorientierung: Dieses Prinzip legt fest, dass sich das methodische Vorgehen im Rahmen eines PZI flexibel an den jeweiligen Ansprüchen des Forschungsgegenstands zu orientieren hat. Demnach ist der Einsatz einer Vielzahl von Methoden in Kombination mit einem PZI denkbar: Beispielsweise können Gruppendiskussionen zum Sondieren einer Thematik genutzt werden oder auch quantitative Fragebögen für soziodemographische Fragestellungen eingesetzt werden. Im Mittelpunkt des PZI steht allerdings zu jeder Zeit das Interview an sich. Auch dieses kann jedoch flexibel gestaltet werden: Je nach Eloquenz und

Gesprächsbereitschaft des Gegenübers, sollten die Interviewenden beispielsweise ihren Kommunikationsstil anpassen (Witzel, 1985).

Prozessorientierung: Die Prozessorientierung beschreibt die „flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfeldes, eine schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten, wobei Zusammenhang und Beschaffenheit der einzelnen Elemente sich erst langsam und in ständigem reflexiven Bezug auf die dabei verwandten Methoden herauschälen“ (Witzel, 1982).

Um größtmögliche Offenheit vonseiten der Befragten zu ermöglichen, sollte unbedingt an einem vertrauensvollen Verhältnis zwischen Forschenden und Befragten gearbeitet werden (Witzel, 2000). Die Begründung eines solchen Verhältnis wird besonders durch Offenheit im Interviewprozess unterstützt: So können die Befragten ihre ganz subjektiven Einschätzungen darlegen und zudem eigenständig Zusammenhänge in Bezug auf die Problemstellung entwickeln (Mayring, 2016)

3.4.1 Praktische Umsetzung

Vorbereitende Literaturrecherche: Zwischen September und Oktober 2015 wurde eine Literaturrecherche mittels der Online-Datenbank Pubmed (Medline) durchgeführt. Dabei kamen standardisierte biomedizinische Schlagwörter (sogenannte „Medical Subject Headings“/„MeSH-Terms“) und Schlüsselwörter in Form von Freitext zur Verwendung.

Die Datenbank wurde mittels folgender Suchbefehle durchsucht:

((„Gender Incongruence“ OR "Gender Dysphoria"[Mesh] OR „Gender Identity Disorder“) AND ("Adolescent"[Mesh] OR "Child"[Mesh]) AND ("Therapy" [Subheading] OR "Treatment" OR "Care"))

Relevante Publikationen wurden anhand ihrer Titel und Abstracts identifiziert. Die Bibliographien dieser Publikationen wurden anschließend manuell nach weiteren, möglicherweise relevanten Quellen durchsucht.

Die Literaturrecherche erfolgte mit dem Ziel 1) entsprechend des Prinzips der Problemzentrierung eine dem Interview-Prozess vorausgehende tiefgehende

Auseinandersetzung mit aktuellen Aspekten der Thematik zu sichern und 2) mögliche Expert/innen für die Teilnahme an der Befragung zu identifizieren.

Wahl der Interviewpartner/innen: Um das Spektrum der Begleitungsangebote für Jugendliche mit GI möglichst ganzheitlich zu sondieren, wurde zunächst eine Befragung von spezialisiert-tätigen Expert/innen initiiert. In einem zweiten Schritt und unter Berücksichtigung der bereits gewonnenen Erkenntnisse ist zukünftig eine direkte Befragung von geschlechtsinkongruenten Jugendlichen geplant.

Gläser und Laudel definieren Expert/innen als „Menschen, die ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen“. Diese Menschen stellen demnach nicht das Objekt einer Untersuchung dar, sondern fungieren vielmehr als „Zeugen“ der untersuchten Zustände (Gläser and Laudel, 2004).

Im Rahmen der hier beschriebenen Befragung wurde als Expert/in identifiziert, wer regelmäßig und im Rahmen eines institutionalisierten Settings an der Begleitung von Jugendlichen mit GI beteiligt war. Dabei sollte die Befragung keinesfalls auf eine einzelne involvierte Berufsgruppe beschränkt sein, sondern vielmehr alle professionell beteiligten Akteur/innen mit einschließen. Im Hinblick auf die Kontroverse um den Einsatz der PB war es ein explizites Anliegen, sowohl Kritiker/innen als auch Befürworter/innen dieser Intervention zu beteiligen.

Mögliche Expert/innen wurden im Rahmen der Literaturrecherche sowie einer Internetrecherche bezüglich spezialisierter Anlaufstellen für geschlechtsinkongruente Jugendliche identifiziert. Eine erste Kontaktaufnahme und Interviewanfrage erfolgte per E-Mail. Erwähnten einzelne Expert/innen im Rahmen eines Interviews andere, ihrer Meinung nach wichtige Akteur/innen, so wurden diese im Verlauf der Forschungsarbeit ebenfalls kontaktiert.

Interview-Leitfaden: Auf Basis der Literaturrecherche wurden erste unzureichend erforschte sowie kontroverse Themenbereiche in Bezug auf die Begleitung von Jugendlichen mit GI identifiziert. Diese wurden im Rahmen von Gesprächen mit Mitarbeitenden des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Universitätsmedizin Berlin weiter ausgearbeitet und fanden schließlich Eingang in eine themenspezifische Fragensammlung, welche als Basis des Interview-Leitfadens diente.

Neben offenen Einstiegs- und Sondierungsfragen, die den Befragten Raum zur thematischen und subjektiven Einordnung geben sollten, beinhaltete der Leitfaden auch spezifischere Fragen: Beispielsweise wurde die Kontroverse um den Einsatz der Pubertätsblockade aufgegriffen und eine Stellungnahme der Befragten eingefordert, hierbei wurden auch in der Literatur zu findende Einschätzungen anderer Expert/innen zitiert. Sogenannte Ad-hoc-Fragen kamen gegen Ende der Interviews zum Einsatz: Waren relevante Themenbereiche noch nicht im Rahmen des Gesprächs vonseiten der Befragten angesprochen worden, so thematisierte die Interviewerin diese ganz direkt (Witzel, 2000; Lamnek and Krell, 2016b).

Der Interview-Leitfaden stellte dabei ein stets dynamisches Konstrukt dar. Mit Fortschreiten der Untersuchung wurde er beständig angepasst und erweitert.

Ein Auszug des verwendeten Leitfadens ist unter *Punkt 10* zu finden.

Führen der Interviews: Aufgrund geografischer Gegebenheiten mussten einige Interviews telefonisch geführt werden, andere konnten persönlich erfolgen. In jedem Fall ließ die Interviewende sich auf Orts- und Zeitvorschläge der Expert/innen ein, hierdurch sollte eine möglichst entspannte und offene Gesprächsatmosphäre gewährleistet werden.

Zur inhaltlichen Vorbereitung wurde den teilnehmenden Expert/innen ein PDF-Dokument mit den voraussichtlichen Schwerpunkten des Gesprächs übersandt. Angelehnt an das Prinzip der Offenheit beinhaltete dies ausschließlich Überbegriffe zu den einzelnen Themenbereichen.

Zu Beginn jedes Interviews wurden die Expert/innen über die anonymisierte Aufzeichnung sowie die Möglichkeit einer anonymisierten Publikation der Gesprächsinhalte aufgeklärt. Es wurde verdeutlicht, dass freie und assoziative Antworten erwünscht seien, einzelne Themen oder Fragebereiche jedoch selbstverständlich auch unbeantwortet bleiben dürften. Zudem definierte die Interviewende nochmals ihre eigene Rolle sowie das Forschungsinteresse im Rahmen der Forschungsarbeit. Dies geschah mit dem Ziel, „sich hypothetischen Etikettierungen des Untersuchungszwecks zu entziehen (...) und deutlich zu machen, dass die Explikationen der Interviewten nicht als Ausdruck von intellektuellen Leistungen bewertet, sondern als individuelle Vorstellungen und Meinungen akzeptiert werden“ (Berger, 1974).

Bevor das eigentliche Interview mit einer Sondierungsfrage eröffnet wurde, stellte die Interviewende einige spezifische Fragen bezüglich Soziodemographie und beruflichem Hintergrund.

Zur Aufzeichnung der Interviews wurde ein digitales Diktiergerät eingesetzt, im Falle telefonischer Interviews kam zusätzlich ein Telefonadapter zur Verwendung.

3.5 Aufbereitungstechnik: Transkription und zusammenfassendes Protokoll

Die anonymisierten Tondateien der PZI wurden im Anschluss transkribiert, hierbei kam die Software „f5“ zum Einsatz. Die Transkription erfolgte mittels eines einfachen Transkriptionssystems in Anlehnung an Dresing und Pehl (Dresing and Pehl, 2015), dieser zeichnete sich durch eine wörtliche, jedoch nicht phonetische oder zusammenfassende Transkription aus. Umgangssprache wurde ins Hochdeutsche übertragen, Auffälligkeiten der Sprache wie beispielsweise Pausen, Lacher oder besondere Betonung gesondert vermerkt und unverständliche Passagen gekennzeichnet.

Zusätzlich zur Transkription wurden zusammenfassende Protokolle der einzelnen Interviews erstellt. Neben den Kernaussagen der Expert/innen enthielten diese teils zusätzlich Rückfragen oder Verständnisfragen, welche in der Folge des PZI aufgetreten waren.

Die Protokolle wurden möglichst zeitnah an die jeweiligen Expert/innen übersandt, um Rückmeldung und Ergänzung wurde gebeten.

3.6 Auswertungstechnik: Grounded Theory

Die Grounded Theory stellt ein theoriegenerierendes, gegenstandsbezogenes Analyseverfahren textbasierter Daten dar. Während der 60er Jahre erstmals von Glaser und Strauss vorgestellt, zählt die Grounded Theory heute zu den weitläufig etablierten Analyseverfahren der qualitativen Forschung (Glaser, 2016).

Ankerpunkte dieser „Methode der konstanten Vergleiche“ („Constant Comparative Method“, vgl Glaser & Strauss 1967) sind die Textkodierung sowie der Einsatz sogenannter Memos. Der Begriff des Kodierens beschreibt dabei ein Verfahren, welches Textmaterial mit unterschiedlichen Ebenen von Schlüsselwörtern versieht und letztlich die textgestützte Entwicklung von Theorien ermöglicht. Memos halten zugehörige Ideen und Gedankengänge der Forschenden fest, sie werden fortlaufend im Rahmen des Analyseprozesses verfasst und können sich auf sämtliche Aspekte des Forschungsprojekts beziehen, beispielsweise werden Theorie-/ Methodik-/

Planungs- und Forschungstagebuch-Memos unterschieden (Böhm, Legewie and Muhr, 2008).

Zentrales Merkmal der Grounded Theory ist die Gleichzeitigkeit von Datenerhebung und Analyse. Konzepte und Theorien werden demnach bereits parallel zur Datensammlung entwickelt und beeinflussen das weitere Vorgehen direkt (Mayring, 2016). Entsprechend der Methode der konstanten Vergleiche wirken sich der Prozess des Kodierens und die Inhalte von Memos dabei sowohl auf die bereits analysierten Daten als auch das weitere Forschungsprozedere aus.

Der Endpunkt dieses wechselseitigen Ineinandergreifens von Datenerhebung und -analyse ist dann erreicht, wenn die Einarbeitung neuer Interviews keinerlei zusätzliche Informationen erbringt (sogenannte „theoretische Sättigung“) (Flick, 2007).

3.6.1 Praktische Umsetzung

Direkt im Anschluss an die Transkription der Audiodatei des ersten PZI begann die Doktorandin mit der computergestützten Kodierung der vorliegenden Daten, hierzu wurde die Software MAXQDA 11 und MAXQDA 12 verwendet.

Kodiert wurde in Anlehnung an Flick und Böhm (Flick, 2007, 2009).

Analog zum Prozess des Kodierens wurden zahlreiche Memos verfasst, welche in regelmäßigen Abständen aufgerufen und in den weiteren Forschungsprozess eingearbeitet wurden. Ebenfalls wurde ein Forschungstagebuch geführt, mit dem Ziel, die zeitliche Progression des Projekts festzuhalten.

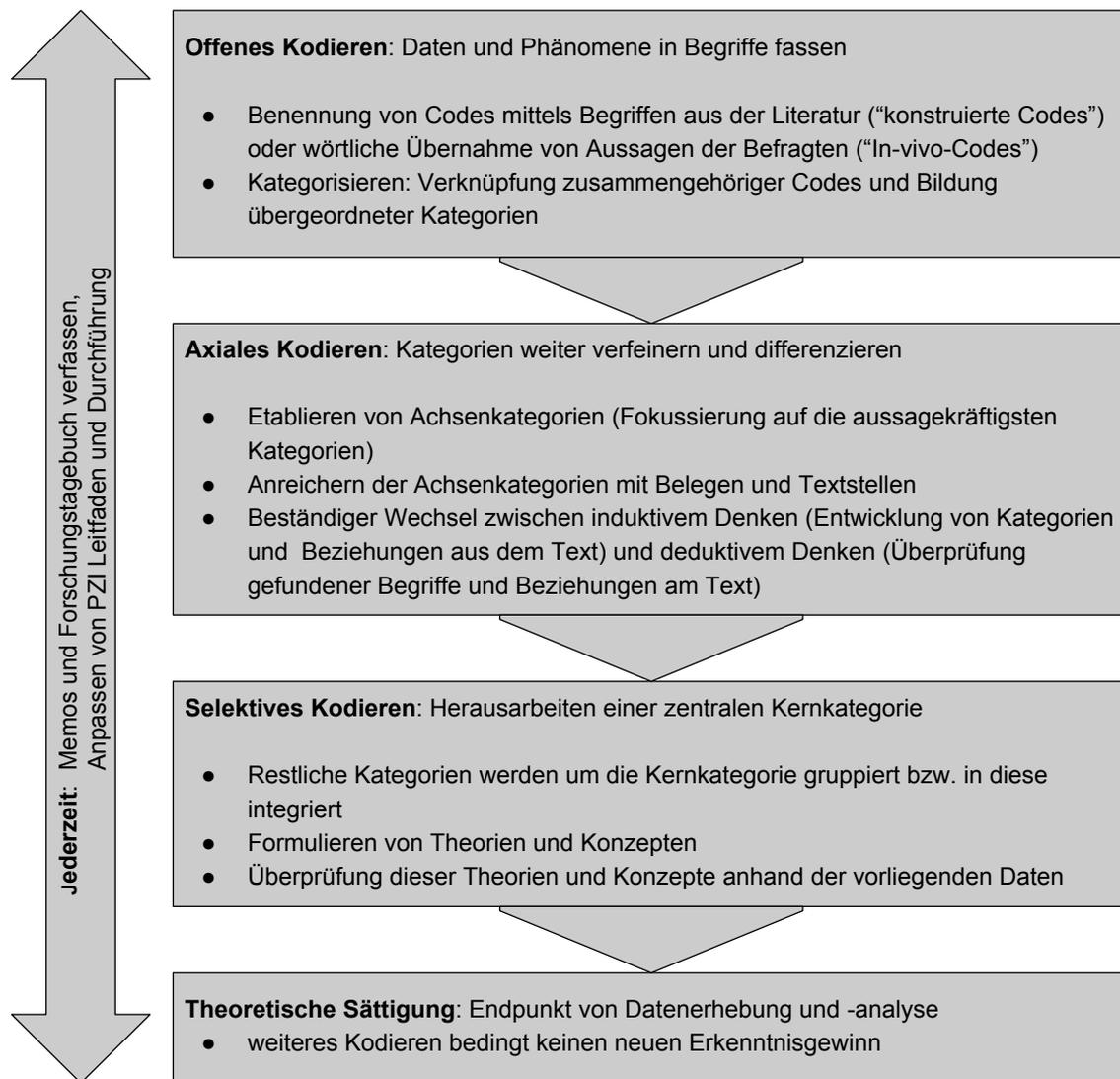


Abbildung 1: Kodieren in Anlehnung an Flick (Flick, 2007, 2009) und Böhm (Böhm, Legewie and Muhr, 2008)

Erkenntnisse aus dem Analyseprozess flossen direkt in die Datenerhebung ein, beispielsweise wurde der Interview-Leitfaden im Verlauf der Forschungsarbeit mehrmals angepasst und die Liste zu kontaktierender Expert/innen erweitert.

Kam es im Rahmen des Kodierens zur Etablierung neuer Codes oder Kategorien, so wurden sämtliche bereits kodierten Texte nochmals systematisch daraufhin durchgearbeitet.

Regelmäßig wurde der Fortschritt des Analyseprozesses mit Mitgliedern der Arbeitsgruppe diskutiert. Zweimalig wurde die Befragung zudem im Rahmen von Forschungskolloquien vorgestellt und der Kritik außenstehender qualitativ Forschender ausgesetzt (Juli 2016: *Qualitative Forschungswerkstatt des Instituts für*

Public Health der Charité Universitätsmedizin Berlin, Oktober 2016: IV. Forschungskolloquium Qualitative Datenanalyse der Studienstiftung des Deutschen Volkes). Das Feedback dieser Tagungen wurde mittels Forschungstagebuch und Memos festgehalten und ausgewertet.

3.6.2 Erweiterung des Auswertungsprozesses mittels Toulmin-Modell

Im Verlauf der Datenerhebung präsentierte sich insbesondere die Kontroverse um den Einsatz von PB als zentraler und gleichzeitig hochkomplexer Diskussionspunkt für die teilnehmenden Expert/innen.

Um eine adäquate Auseinandersetzung mit dieser Kontroverse zu ermöglichen und im Sinne des Gütekriteriums der Triangulation wurde beschlossen, zusätzlich zur Grounded Theory auf die Analyse­methode nach Toulmin zurückzugreifen. Dieses etablierte Modell der Argumentationstheorie ermöglicht eine vertiefte Auseinandersetzung mit kontroverser Rhetorik mittels eines schematisch-aufbereiteten Zugangs zur Thematik. Dabei können insbesondere implizite Aspekte von Argumentationsstrukturen visualisiert werden (Kneupper, 1978; Toulmin, 2003).

Abbildung 2 bildet beispielhaft die einzelnen Aspekte des vereinfachten Toulmin-Modells ab.

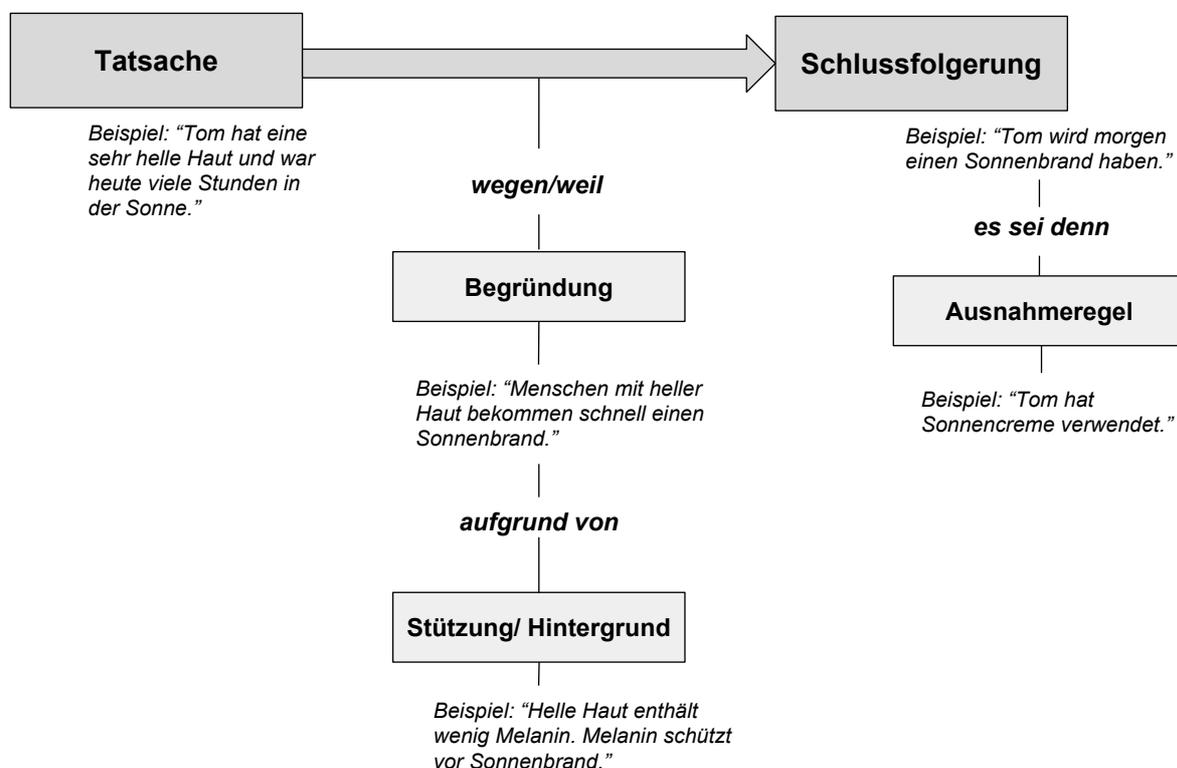


Abbildung 2: vereinfachtes Toulmin-Modell nach Kneupper (Kneupper, 1978)

3.7 Zusammenfassung des Datenerhebungs- und -analyseprozesses

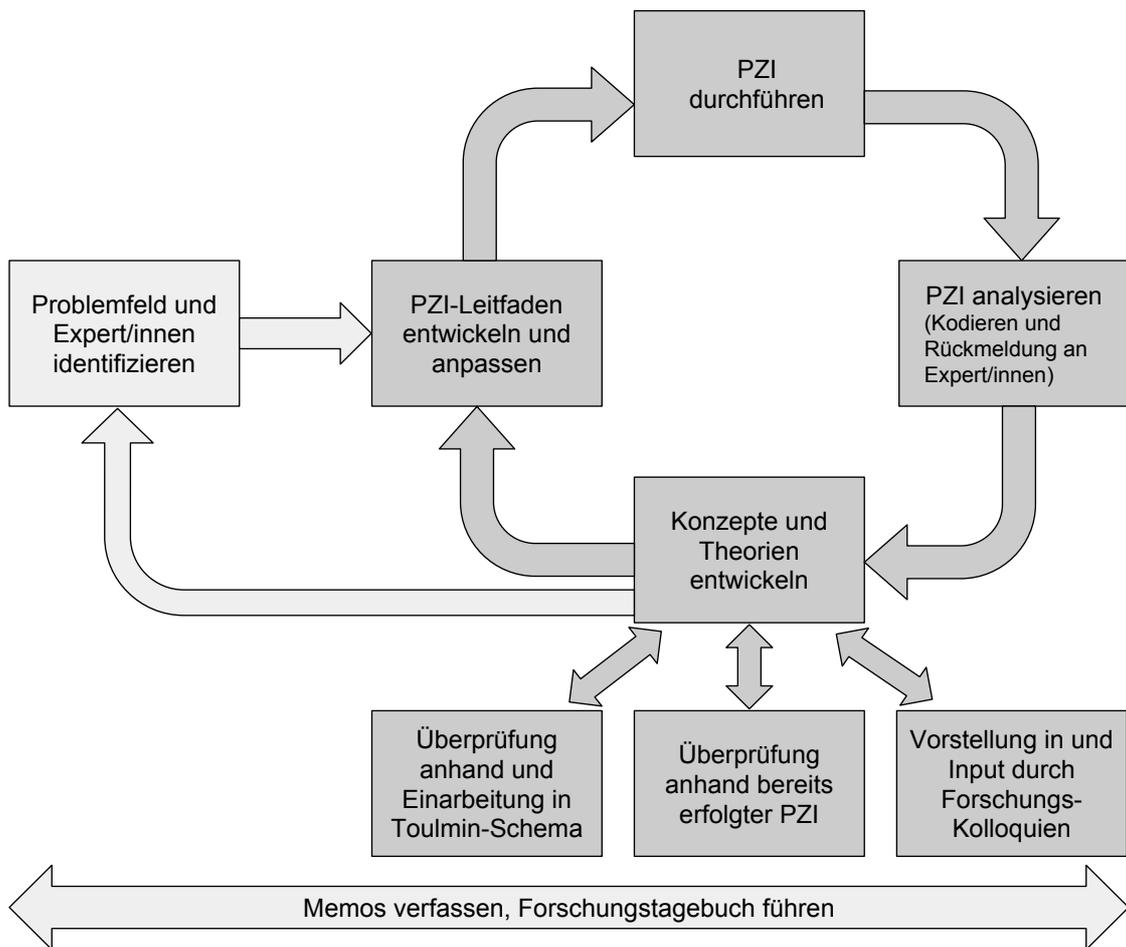


Abbildung 3: Datenerhebungs- und -analyseprozess in Anlehnung an Glaser und Strauss (Glaser and Strauss, 1967; Glaser, 2016), Witzel (Witzel, 1982, 1985, 2000) und Toulmin (Toulmin, 2003)

4. Ergebnisse

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Untersuchung zusammengefasst.

Direkte Zitate der Expert/innen sind dabei vom Text abgesetzt und stehen in Anführungszeichen. Mit dem Ziel, die Lesefreundlichkeit zu erhöhen, wurde dabei auf Füllwörter, Pausenmarkierungen und andere Spezifika der gesprochenen Sprache verzichtet, auch wurden einzelne Worte grammatikalisch angepasst. Zur erleichterten Nachvollziehung des jeweiligen Kontexts wurden zudem an einigen Stellen knappe Erklärungen in die Satzstruktur eingeführt, diese sind durch Klammern markiert.

Sämtliche Zitate wurden mit Nummern versehen, um im Rahmen der Diskussion eine mühelose Zuordnung zu ermöglichen.

4.1 Angaben zu den Interviews und Soziodemographie der Expert/innen

Zwischen Februar und August 2016 wurden 26 potentielle Expert/innen bzw. Beratungsstellen und Sprechstunden, in welchen potentielle Expert/innen tätig sein könnten, identifiziert und per E-Mail kontaktiert. Letztlich stimmten elf Expert/innen einem Interview zu. Zusätzlich erklärte sich eine Gruppe von Expert/innen einer einzelnen Institution zur Teilnahme bereit unter der Bedingung, ihre Einschätzungen gemeinsam und ausschließlich schriftlich übermitteln zu dürfen. Dieser Bedingung wurde Folge geleistet und der Interview-Leitfaden dementsprechend adaptiert, während des Prozesses der kommunikativen Validierung zog besagte Gruppe die Zustimmung zur Untersuchungsteilnahme jedoch zurück.

Vier der kontaktierten Expert/innen sprachen sich per E-Mail gegen eine Befragungsteilnahme aus, als Gründe wurden Zeitmangel, Erfahrungsmangel bezüglich Jugendlichen mit GI sowie die inhaltliche Ablehnung des Forschungsprojekts genannt. Sieben Personen meldeten sich auch nach mehrmaliger schriftlicher und telefonischer Kontaktaufnahme nicht zurück, in zwei weiteren Fällen brach die Kommunikation vor der Vereinbarung eines Gesprächstermins ab. Eine Person erklärte sich zur Teilnahme an der Befragung bereit, als die theoretische Sättigung im Rahmen des Analyseprozesses bereits erreicht war. Somit wurde dieses Gespräch nicht mehr geführt.

Sechs der elf Interviews erfolgten persönlich an einem Ort der Wahl der betreffenden Expert/innen. Aufgrund geographischer Gegebenheiten wurden die restlichen fünf

Gespräche telefonisch geführt. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 28 und 65 Minuten (durchschnittlich 49 Minuten). *Tabelle 2* fasst die soziodemographischen Daten der teilnehmenden Expert/innen zusammen.

Profession	<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeitende von LGBTI-/Trans*-Beratungsstellen: $N = 3$ - Kinder- und Jugendpsychiater/innen: $N = 3$ - Psychiater/innen: $N = 1$ - Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/innen oder psychologische Psychotherapeut/innen mit Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche: $N = 3$ - Pädiatrische Endokrinolog/innen: $N = 1$
Land der beruflichen Tätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Deutschland: $N = 8$ - Schweiz (deutschsprachiger Teil): $N = 2$ - Österreich: $N = 1$
Alter bei Befragung	28 – 73 Jahre (Mittelwert: 50 Jahre)
Erfahrungsjahre in der professionellen Begleitung von Jugendlichen mit GI	1,1 – 27 Jahre (Mittelwert: 11 Jahre)
Anzahl betreuter Jugendlicher mit GI (Schätzwert)	25 – 600 Jugendliche (Mittelwert: 154 Jugendliche)

Tabelle 2: Soziodemographische Daten der teilnehmenden Experten

Alle teilnehmenden (Kinder- und Jugend-)Psychiater/innen waren im Rahmen spezialisierter Sprechstunden an Universitätskliniken tätig, zwei von ihnen hatten zusätzlich die Weiterbildung „Sexualmedizin“ absolviert. Die Psychotherapeut/innen arbeiteten ausnahmslos in eigener Praxis, der/die pädiatrische Endokrinolog/in war in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig, welches als Kooperationspartner einer universitären Ambulanz fungierte. Die Mitarbeitenden der Beratungsstellen zeichneten sich durch unterschiedliche berufliche Hintergründe aus (Psycholog/innen, Erziehungswissenschaftler/innen, systemische Therapeut/innen), in zwei Fällen handelte es sich zusätzlich um Peer-Berater/innen (selbst Trans*-Menschen).

4.2 Allgemeine Beschreibung Begleitungsangebot

Ausnahmslos alle Expert/innen berichteten von einer zunehmenden Inanspruchnahme der Sprechstunden und Beratungsangebote für Jugendliche mit GI. Diesbezüglich bestehen an einigen Orten, insbesondere im universitären Setting in Deutschland, Wartezeiten von bis zu sechs Monaten. Eine Person berichtete, aufgrund des hohen Bedarfs an professionalisierter Unterstützung sogar aus dem Rentenstand zurück in die klinische Tätigkeit getreten zu sein. Nicht überall jedoch war die Versorgungslage angespannt: Eine Person mit Arbeitsort in der Schweiz schätzte das Zeitfenster zwischen Kontaktaufnahme durch Jugendliche mit GI und Therapiebeginn mit PB bei Bedarf auf maximal einen Monat.

Ebenfalls berichteten alle Expert/innen von großen Einzugsgebieten der hilfeschuchenden Jugendlichen. Dabei wurde auf die Versorgungsungleichheit zwischen (Groß-)Städten und dem ländlichen Raum hingewiesen. Interessant war diesbezüglich auch die Beobachtung, dass für einen Großteil der weitgereisten Jugendlichen und Familien andere spezialisierte Sprechstunden in größerer Nähe zum Heimatort existiert hätten. In einigen dieser Fälle handelte es sich um Jugendliche, denen andernorts eine spezifische Therapie versagt geblieben war. Bezüglich möglicherweise weiter Anreisestrecken verbalisierte eine Person, dass die Option der (europaweiten) freien Sprechstundenwahl aufgrund monetärer und familiärer Strukturen sicherlich nicht allen Jugendlichen offen stünde.

Das Spektrum des Begleitungsangebots variierte je nach Profession und Arbeitsort der teilnehmenden Expert/innen. Die Mitarbeitenden der Beratungszentren berichteten von Beratungsgesprächen, welche teils mehrmalig, teils singulär – je nach Anspruch der Jugendlichen – durchgeführt wurden. Zwei der Beratungszentren betreuten die Jugendlichen zusätzlich im Rahmen eines regelmäßig stattfindenden niederschweligen Gruppenangebots. Eine/r der teilnehmenden Psychiater/innen berichtete, im Rahmen der universitären Ambulanz primär die Diagnostik der GI durchzuführen und die Jugendlichen zur langfristigen Begleitung grundsätzlich ambulant anzubinden. Die drei restlichen Psychiater/innen boten wahlweise eine Begleitung in der eigenen Sprechstunde oder Überweisung an niedergelassene Kolleg/innen an. Ein/e Psychiater/in verwies zudem auf die Möglichkeit stationärer Aufenthalte, insbesondere im Falle erheblicher psychiatrischer Komorbiditäten. Die niedergelassenen Psychotherapeut/innen gaben an, die Jugendlichen oftmals über

einen Zeitraum von mehreren Jahren, teils auch bis ins Erwachsenenalter zu begleiten.

Eine absolute Mehrheit der befragten Expert/innen verwies auf Multidisziplinarität im Rahmen der Begleitung der Jugendlichen, insbesondere in Bezug auf den diagnostischen Prozess. Einige Expert/innen beschrieben das interprofessionelle Miteinander in diesem Zusammenhang als höchst bereichernd. Dabei kam es nicht nur innerhalb einzelner (universitärer) Standorte zur Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen, eine Person berichtete auch davon, sich im Falle diagnostischer Unsicherheit explizit an andere spezialisierte Zentren zu wenden und eine Zweitmeinung anzufragen. Die niedergelassenen Psychotherapeut/innen sowie der/die pädiatrische Endokrinolog/in berichteten von teils enger Zusammenarbeit mit (universitären) Ambulanzen. Mancherorts waren interdisziplinäre Fachgruppen etabliert, welche sich in regelmäßigen Abständen trafen und im regen Austausch miteinander standen.

Viele der teilnehmenden Expert/innen waren und sind an der Ausarbeitung von Leitlinien und Leitfäden bezüglich der GI im Jugendalter beteiligt.

4.3 Pubertätsblockade als medikamentöse Intervention bei einer GI des Jugendalters

Alle Expert/innen sind sich einig, dass Jugendliche mit GI sowohl einen Bedarf, als auch ein Anrecht auf adäquate Begleitung haben. Kein Konsens herrscht jedoch bezüglich der Frage, ob und inwiefern die PB Teil der professionellen Begleitung sein sollte. Bezogen auf ihre individuelle Einschätzung dieser medikamentösen Option ließen sich die Expert/innen in drei Gruppen einteilen:

- Gruppe *PB_{nie}*** Expert/innen, die den Einsatz von PB zu keinem Zeitpunkt befürworten (2 Expert/innen).
- Gruppe *PB_{immer}*** Expert/innen, die den Einsatz von PB jederzeit befürworten (4 Expert/innen).
- Gruppe *PB_{Bedingung}*** Expert/innen, die den Einsatz von PB ausschließlich bei Vorliegen bestimmter Kriterien befürworten (5 Expert/innen).

Im Rahmen der Datenanalyse wurden fünf Konzepte identifiziert, welche den meinungsbildenden Prozess der beteiligten Expert/innen bezüglich der Verwendung von PB beeinflussten. Innerhalb der drei unterschiedlichen Gruppen teilen die

jeweiligen Expert/innen zwar eine grundsätzliche therapeutische Einstellung, in Bezug auf einzelne Aspekte der fünf identifizierten Konzepte vertreten sie jedoch nicht zwangsläufig die gleiche Meinung. Dieses Phänomen zeigte sich besonders ausgeprägt bei der Gruppe PB_{Bedingung}.

4.3.1 Konzept 1: Natur der GI und resultierende Ziele in der Begleitung von Jugendlichen mit GI

Beide Expert/innen der Gruppe PB_{nie} sowie ein/e Expert/in der Gruppe PB_{Bedingung} beschreiben die GI als Zustand mit Krankheitswert. Die GI wird in diesem Zusammenhang als Störung bezeichnet, bezugnehmend auf Jugendliche mit GI finden Begrifflichkeiten wie „Patient/innen“ oder „Betroffene“ Anwendung.

„Für mich sind das erstmal Betroffene mit Geschlechtsidentitätsstörungen, meinerwegen Geschlechtsdysphorie, da kann ich auch mit leben.“ (K1/Nr.1)

Entsprechend ihrer Auffassung gegenüber der Natur der GI definieren diese Expert/innen auch das übergeordnete Ziel in der Begleitung geschlechtsinkongruenter Jugendlicher: Im Vordergrund stehe neben einer Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtlichkeit wenn möglich auch die Aussöhnung mit dem jeweils zugewiesenen Geschlecht.

„Ja, und es geht eben eher darum zu beobachten und zu warten und zu versuchen, für die Patienten eine Aussöhnung mit ihrer biologischen Leiblichkeit zu erzielen – ihrer biologisch gegebenen, schicksalhaft gegebenen Leiblichkeit.“ (K1/Nr.2)

Dieses Ziel verfolgen die Expert/innen der Gruppe PB_{nie} bis zum Abschluss der psycho-sexuellen Entwicklung der Jugendlichen und damit bis Ende der Pubertät. Persistiert die GI weiterhin und ist somit eine Aussöhnung mit dem zugewiesenen Geschlecht nicht zu erwarten, befürworten diese Expert/innen schließlich den Einsatz einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie.

Zwei Expert/innen der Gruppe PB_{Bedingung} definieren ebenfalls das übergeordnete Begleitungsziel einer Aussöhnung mit dem biologischen Geschlecht. Sie erklären die PB in diesem Zusammenhang zu einer Ultima Ratio: Erst wenn alle Versuche einer nicht-medikamentösen Auseinandersetzung mit der GI gescheitert seien, empfehlen sie den Einsatz von PB.

„Das (= Einsatz von PB) wird wirklich von mir erst dann vorgeschlagen, wenn wir uns im Team und ich mir im Verlauf der Therapie sicher bin, dass das der richtige und einzig mögliche Weg sein wird.“ (K1/Nr.3)

Drei Expert/innen der Gruppe PB_{Bedingung} sowie alle Expert/innen der Gruppe PB_{immer} beschreiben die GI hingegen als Normvariante des gesamten Spektrums von Geschlechtlichkeit. Diese Expert/innen bezeichnen die geschlechtsinkongruenten Jugendlichen größtenteils als „trans*“ oder „transident“ und verzichten explizit auf die Verwendung krankheitszuschreibender Bezeichnungen.

„Und deswegen denke ich auch, man sollte, wir versuchen auch nicht mehr, also den Störungsbegriff, den wenden wir auch nicht mehr an. Also wir sagen, das sagte ich Ihnen ja eingehend, „transidente Entwicklung“, das finde ich im Moment einen ganz guten Begriff.“ (K1/Nr.4)

Die Expert/innen der Gruppe PB_{immer} erklären in diesem Zusammenhang, dass bereits die Debatte um den Einsatz von PB eine Pathologisierung von GI darstelle. Wie bei anderen Geschlechtsidentitäten auch, sollten Menschen mit GI ohne Druck nach Rechtfertigung akzeptiert und unterstützt werden. Diese Unterstützung müsse auch eine vorbehaltlose Verfügbarkeit von PB beinhalten.

„Solche Fragen, ob es denn sozusagen vertretbar sei oder nicht vertretbar sei, die rühren natürlich aus einem Krankheitskonstrukt her. Also das sind ja Fragen, die stelle ich mir, wenn ich das trans*-Sein als eine Abweichung von der Norm, als eine Erkrankung, als einen unnormalen Zustand betrachte. Wenn ich den jetzt sozusagen als die übliche Vielfalt betrachten würde, würde ich mir diese Frage vermutlich gar nicht so formulieren.“ (K1/Nr.5)

Entsprechend der Definition der GI als Normvariante kommen die beschriebenen drei Expert/innen der Gruppe PB_{Bedingung} sowie alle Expert/innen der Gruppe PB_{immer} zu einem breiter angelegten Therapieziel: Im Rahmen der Begleitung solle eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtsidentität ermöglicht werden. Ein Überdauern der GI wird von diesen Expert/innen als ebenso wünschenswert beschrieben, wie eine Aussöhnung mit dem Identitätsgeschlecht.

Bezüglich anderer übergeordneter Ziele in der Begleitung geschlechtsinkongruenter Jugendlicher herrscht Konsens zwischen sämtlichen Befragten: Als zentral wird die Minderung von Leidensdruck durch GI sowie das Verhindern und/ oder die Therapie begleitender Psychopathologien eingeschätzt. Einige Expert/innen schätzen zusätzlich den Erhalt sexueller Funktionalität und Fertilität als wichtig ein.

4.3.2 Konzept 2: Diagnostischer Prozess

4.3.2.1 *Diagnosesicherheit*

Während die Diagnosekriterien der GI des Jugendalters in der ICD-11 sowie ICD-10 und DSM-5 festgeschrieben sind, vertreten die befragten Expert/innen unterschiedliche Meinungen über die Aussagekraft dieser Diagnose. Zentral präsentiert sich die Frage, ob und wie das langfristige Bestehen der GI vorausgesagt werden kann. Einige Expert/innen diskutieren zusätzlich, inwiefern die Diagnosestellung einer GI überhaupt für den Einsatz der PB vonnöten ist.

Expert/innen der Gruppe PB_{nie} erklären unter Berufung auf retrospektive Studien, dass der langfristige Verlauf einer GI im Jugendalter trotz intensiver Diagnostik nicht gesichert werden kann. Demnach sei nicht nur der Verlauf einer GI im Kindesalter variabel, auch bei Jugendlichen könne keinesfalls von einer Persistenz der GI ausgegangen werden. Vielmehr gehöre ein Großteil der Jugendlichen im Laufe der (psychosexuellen) Entwicklung zur Gruppe der Desisters und identifiziere sich nicht selten als homosexuell.

„Das hat einfach zu tun mit den Verlaufsdaten, die vorliegen. Und die Information, die wir darüber haben, dass nämlich, bei der überwiegenden Mehrzahl der betroffenen Kinder sowieso, aber auch Frühadoleszenten, sich diese Gender-Dysphorie im Laufe der weiteren psychosexuellen Entwicklung, auch körperlich sexuellen Entwicklung, sprich Pubertäts-Entwicklung, irgendwann wieder auflöst in Wohlgefallen. Und dass viele von denen, wenn man sie denn nicht hormonell behandelt – und das ist jetzt ein entscheidender Nebensatz dabei – zu ihrem homosexuellen Coming-Out finden.“ (K2/Nr.1)

Da die Diagnose der GI im Jugendalter keine langfristige Gültigkeit habe, riskiere man bei einer Behandlung mit PB grundsätzlich, auch Jugendliche zu behandeln, deren GI eigentlich nur transitorisch bestehe.

Zwei Expert/innen der Gruppe PB_{Bedingung} schließen sich den Expert/innen der Gruppe PB_{nie} bezüglich der diagnostischen Sicherheit an: Auch sie stellen fest, dass die langfristige Persistenz einer GI bei Jugendlichen nie mit vollkommener Sicherheit vorausgesagt werden könne.

„Ich habe keine Studie gemacht, ich kann nur sagen: Ich mache das jetzt seit sechs Jahren und ich habe auch schon ein paar Fälle gesehen, wo es (= die GI) nicht persistiert, die (Jugendlichen) aber trotzdem eine starke Gender-Dysphorie haben.“ (K2/Nr.2)

Die restlichen drei Expert/innen der Gruppe PB_{Bedingung} und zwei Expert/innen der Gruppe PB_{immer} erklären hingegen, dass der langfristige Verlauf einer GI nach Beginn der Pubertät vollkommen oder zumindest weitestgehend gesichert werden könne.

„Ich habe es in ganz, ganz wenigen Fällen nur gesehen, dass das dann aufgegeben wurde und die (Jugendlichen) nicht den (transidenten) Weg gegangen sind. Ich meine, da kann man sagen: „Gut!“ – wenn ich mir auf die Schulter klopfen darf – „Das spricht für Ihre Diagnose“. Nur eben, es kommt eben ja noch etwas dazu: Wir geben das ja nicht prophylaktisch. Wir geben das in keinem Fall prophylaktisch (...). Wir empfehlen die Pubertätsblockade auch nur, wenn wir ziemliche Sicherheit haben, möglichst große Sicherheit haben, hinsichtlich des Verlaufs.“ (K2/Nr.3)

„Ich kann mir keins von diesen trans*-Kindern, die ich heute kenne oder erlebe, wo mir die Eltern berichten, was da über viele, viele Jahre läuft und wie es denen geht, wenn die dann die soziale Rolle wechseln und wie gut es denen damit geht und so weiter, ich kann mir nicht vorstellen, dass die nach Pubertätsbeginn, nach dem Tanner Stadium II, plötzlich kommen und sagen: „Ich hab mich die ganze Zeit geirrt, ich bin doch ein Junge“ oder „Ich bin doch ein Mädchen“. Also, das kann ich mir wirklich überhaupt nicht vorstellen.“ (K2/Nr.4)

Fünf Expert/innen der Gruppen PB_{Bedingung} und PB_{immer} kritisieren in Bezug auf mögliche Desisters zudem die oftmals von den Expert/innen der Gruppe PB_{nie} zitierten und zur Theoriebildung verwendeten Studien. Dabei stehen methodische Fragen bezüglich der Ausgangspopulation der beschriebenen Kinder und Jugendlichen im Zentrum – ein Großteil der Expert/innen kann aufgrund eigener klinischer Erfahrungen die im Rahmen dieser Studien erhobenen hohen Zahlen an Desisters nicht nachvollziehen.

„Das Dilemma ist, dass die Datenlage ja nun vorsichtig formuliert, dünn ist. Die einzig relevante Studie, oder besser die zwei Studien, sind die der Niederländer. Die ja mit einer unglaublichen Desister-Quote kommen, nämlich mit 75%, einer Zahl, die alle Leute, die im praktischen Bereich in Deutschland arbeiten nicht nachvollziehen können.“ (K2/Nr.5)

„Diese Studien, die da auch immer wieder zitiert werden, dass da nur so ein kleiner Teil von diesen Kindern, die beschrieben werden, geschlechtsdysphorisch, (...) transsexuell sein soll, das finde ich immer ganz interessant, muss ich sagen, und kann mir das ehrlich gesagt nicht so richtig denken (...). Ich vermute immer, dass diese Studien hauptsächlich die (Kinder und Jugendlichen) berücksichtigen, die einfach solche Phasen haben, dass ein Mädchen halt eine jugenhafte Phase hatte, aber nicht durchgängig das Geschlecht abgelehnt hat, wirklich von kleinstem (Alter) an durchgängig.“ (K2/Nr.6)

Bezüglich des diagnostischen Prozesses herrschen ebenfalls unterschiedliche Einschätzungen zwischen den Expert/innen vor, auch innerhalb der Gruppe PB_{Bedingung}: Während einige Expert/innen von einer ausführlichen, mehrzeitigen und streng an den AWMF-Leitlinien orientierten Diagnostik berichten, halten andere Expert/innen eine verkürzte diagnostische Phase in einzelnen Fällen für vollkommen ausreichend.

„Wir fordern ausreichend lange psychotherapeutische Behandlung, wir fordern klare Diagnostik, wir fordern auch schon Alltagserprobung in aller Regel. Also man bürdet denen (= den Jugendlichen mit GI) ja auch Vieles auf, wobei man sich auch darüber streiten kann: Haben wir das Recht, sowas zu fordern von denen? Aber ich sage eben halt: Gut, wir wollen möglichst sicher gehen, da keinen Fehler zu machen.“ (K2/Nr.7)

„Ich habe aber auch schon Fälle gesehen, die kommen um fünf vor zwölf oder fünf nach zwölf, also der Stimmbruch war schon da und der Druck ist einfach groß. Und dann nehmen wir uns nicht Zeit für lange Abklärungen (vor Beginn einer Therapie mit PB).“ (K2/Nr.8)

Dementgegen schätzen alle Expert/innen Gruppe PB_{immer} den diagnostischen Prozess und/ oder die Notwendigkeit einer offiziellen GI-Diagnose für die Verschreibung von PB als per se pathologisierend ein.

„Diagnostisch sich da an der ICD-10 orientieren, das kann man sowieso nicht mehr, weil das ist gnadenlos veraltet.“ (K2/Nr.9)

„Und ich vermute, dass die Sicherung der Diagnose – wenn man einfach mal dieses Wort, was ich eigentlich für das Thema als überhaupt nicht angemessen erachte, benutzt – die Sicherung der Diagnose durch Zeit passiert. Entwicklungspsychologisch ist es sicherlich sehr nachvollziehbar, wenn man sagt, dass junge Kinder unter Umständen auch mal Geschlechtsidentitäten spielerisch ausprobieren, aber halt eben spielerisch. Und Kinder können schon ziemlich gut zwischen Spiel und Realität unterscheiden. Und wenn jemand ein halbes Jahr oder länger spielt, spielt er nicht mehr, (...), sondern dann sagt der etwas über sich selbst aus.“ (K2/Nr.10)

Es gälte, die von den Jugendlichen wahrgenommene GI grundsätzlich ernst zu nehmen:

„Warum glauben wir als Profis, dass wir mehr über das Innenleben dieses Menschen wissen, als der Mensch selbst? Das taucht für mich in Diskussionen, also auch mit Kolleginnen und Kollegen, immer wieder auf. Und da plädiere ich immer für Bescheidenheit.“ (K2/Nr.11)

„Wir arbeiten nach den Selbstdefinitionen und Wünschen der Jugendlichen.“
(K2/Nr.12)

Zwei Expert/innen der Gruppe PB_{immer} berichten von Jugendlichen, die auch ohne sämtliche Diagnosekriterien einer GI zu erfüllen, mit PB behandelt werden.

„Also genderqueere oder non-binäre Jugendliche machen das (= PB) zum Teil auch, wenn sie ganz klar haben, dass sie bestimmte körperliche Merkmale nicht wollen, weil ihnen diese eine Dysphorie verursachen. Und das ist auch, das ist das zweite Schöne, dass wir das zunehmend auch hinbekommen, dass Leute, die keine F64.0 Diagnose kriegen, trotzdem Möglichkeiten haben, an geschlechtsangleichende Maßnahmen zu kommen.“ (K2/Nr.13)

4.3.2.2 Differentialdiagnosen

Die Expert/innen der Gruppe PB_{nie} sowie ein Großteil der Expert/innen der Gruppe PB_{Bedingung} führen die Wichtigkeit einer ausführlichen differenzialdiagnostischen Evaluation an. Als zentral wird dabei oftmals die Abklärung bezüglich einer Ich-dystonen Sexualstörung eingeschätzt.

„Die Gefahr ist eben sehr groß, wenn man sich die Literatur ansieht, dass wir da die Pubertätsentwicklung blockieren von Menschen, die eigentlich gar nicht transsexuell sind, sondern die einfach eine Pubertäts-Krise haben und sich in einer Art homosexuellem Coming-Out befinden.“ (K2/Nr.14)

„Und da habe ich dann – einzelne Fälle zwar nur, muss ich sagen – gesehen, wo ich nicht zu dieser Diagnose (= Diagnose einer GI) gekommen bin. Sondern wo es dann oftmals eher so eine Ich-dystone sexuelle Orientierung war, also Jugendliche, die mit ihrer homosexuellen Orientierung oder lesbischen Orientierung nicht zurechtgekommen sind“. (K2/Nr.15)

Zahlreiche andere differentialdiagnostische Überlegungen werden angeführt, diese reichen von Geschlechtsrollenkonflikten über Trauma-Folgen bis hin zu altersbedingter Sexualitätsabwehr.

„Aber ganz allgemein berührt das natürlich auch eine ganz zentrale Frage, nämlich wogegen richtet sich jetzt eigentlich wirklich die Ablehnung? Und ist das Zugehörigkeitsgefühl zum Gegengeschlecht wirklich Ausdruck für eine Geschlechtsidentitätsstörung oder geht es nicht auch um weniger umfängliche, dabei letztendlich aber dennoch tiefgreifende Konflikte mit Sexualität? Was meine ich damit? Ich meine, dass manche Betroffene einen Altersrollen-Konflikt haben.“
(K2/Nr.16)

„Wo wir durchaus einige gesehen haben, die eigentlich einen fetischistischen Transvestitismus hatten und keine Transsexualität.“ (K2/Nr.17)

Die Expert/innen der Gruppe PB_{immer} schätzen differentialdiagnostische Überlegungen hingegen als primär irrelevant und pathologisierend ein.

„Also diese Fehlzuschreibung, diese Phantasie der versteckten Homosexualität habe ich einfach bis jetzt in meiner Arbeitserfahrung und im Austausch mit anderen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen nicht antreffen können.“ (K2/Nr.18)

Die Suche nach Differentialdiagnosen berge zudem das Risiko von Fehldiagnosen und einer demnach verzögerten adäquaten Begleitung der Jugendlichen.

4.3.3 Konzept 3: Reversibilität von PB

4.3.3.1 Keine Therapieabbrüche in der Literatur

Während die PB eine physiologisch reversible Intervention darstellt, zweifeln die Expert/innen der Gruppe PB_{nie} am praktischen Vorhandensein dieser Reversibilität. Mit Verweis auf unterschiedliche Publikationen bemerken diese Expert/innen, dass nahezu alle Jugendlichen, die eine Therapie mit PB begannen, diese offenbar auch dauerhaft fortführten und später weitere Schritte in Richtung einer Geschlechtsumwandlung in Anspruch nähmen.

In Anbetracht der in der Literatur angeführten hohen Quoten zukünftiger Desisters blicken die Expert/innen der Gruppe PB_{nie} mit Besorgnis auf das Nichtvorhandensein von Therapieabbrüchen unter PB. Sie vertreten die Hypothese, dass eine Intervention mit PB möglicherweise die iatrogene Persistenz einer eigentlich transienten GI bedingen könnte beziehungsweise andere Identitätsentwicklungen – beispielsweise ein homosexuelles Coming-Out – verhindern könnte.

Laut Einschätzung dieser Expert/innen stellt die PB somit keine reversible Intervention dar, sondern vielmehr den ersten, praktisch irreversiblen Schritt im Prozess einer Geschlechtsumwandlung. Es gälte demnach, die Gruppe der zukünftigen Desisters vor dem Risiko einer induzierten Persistenz zu schützen. Da bis dato jedoch nicht sicher zwischen Desisters und Persisters unterschieden werden könne, sei der Einsatz von PB prinzipiell nicht vertretbar. Eine Person vergleicht die PB in diesem Zusammenhang mit einer Art prophylaktischen Chemotherapie:

„Wenn man nicht sicher sagen könnte, ob jemand Krebs hat oder nicht und man würde trotzdem prophylaktisch eine Chemotherapie machen, ja, dann erwische ich

natürlich die Krebskranken und behandle deren Krebs, bei denen die aber keinen Krebs haben, erzeuge ich eventuell erst einen Krebs wegen dieser hochtoxischen Therapie. Das wäre sozusagen, das ist ja immer eine Nebenwirkung der Krebstherapie, dass die auch andere gesunde Zellen angreift und eventuell selbst kanzerogen ist, ja, und das ist im Grunde, diese Entscheidung, die man treffen muss. Vor dem Hintergrund kann ich dann wieder dieses Argument zu sagen "Chemotherapie bei den Jugendlichen ist geboten, um jeden Preis" nicht nachvollziehen. Weil ich mir Sorgen mache, um die, bei denen das eben nicht indiziert ist." (K3/Nr.1)

Dementgegen erklären sämtliche Expert/innen der Gruppen PB_{immer} und drei Expert/innen der Gruppe PB_{Bedingung} die PB zu einer auch in der Praxis reversiblen Therapieform. Diese Expert/innen beschreiben die PB als Moratorium, welches den Jugendlichen eine Zeit der verstärkten Reflexion über die eigene Geschlechtsidentität erlaube und demnach einen ergebnisoffenen Entscheidungsprozess fördere.

„Also wir versuchen diesen Druck rauszunehmen, diesen Zeitdruck, der für viele Jugendliche da immer präsent ist, von wegen: „Ich muss das jetzt machen, weil sonst verändert sich mein Körper“.“ (K3/Nr.2)

Tatsächlich verweisen zwei der Expert/innen der Gruppe PB_{Bedingung} in diesem Zusammenhang auch auf klinische Erfahrungen mit Jugendlichen, die sich im Verlauf einer PB zum Therapieabbruch entschieden hätten:

„Also es gab schon welche, da hat es dann auch, da ist es nicht persistiert. Also ich hatte welche, da haben wir zum Beispiel die Pubertät blockiert, mit 14 oder 15 (Jahren), und zwei Jahre später haben die sich entschieden, doch mit dem Körper nichts zu verändern und haben gesagt: "Ich bin jetzt homosexuell und komme ganz gut zurecht.““ (K3/Nr.3)

Diese Erfahrungen stehen im Kontrast zu einem Großteil der bis dato publizierten und in diesem Kontext von den Expert/innen der Gruppe PB_{nie} zitierten Studien, welche das Nichtvorhandensein von Therapieabbrüchen beschreiben.

Zwei Personen der Gruppe PB_{Bedingung} berichten zusätzlich, zwar keine Drop-Outs im Rahmen einer PB betreut zu haben, wohl aber Jugendliche, die im Rahmen einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie im Anschluss an die PB einen Therapieabbruch beschlossen hätten und anschließend doch in ihrem zugewiesenen Geschlecht lebten. Diese Jugendlichen hätten ohne Bereuen auf die vorangegangenen Behandlungen zurückgeblickt.

„Also eine Patientin habe ich allerdings mal gehabt, eine Gymnasiastin, die auch zunächst Pubertätsblockade gekriegt hat, die gegengeschlechtliche Hormone gekriegt hat, Namens-/Personenstandsänderung, und die wurde mir nach einem Jahr dann nochmal geschickt, (...), weil sie dann doch sagte: „Es war ein Fehler“. Sie sagte mir allerdings dann: „Ja, ich bedaure das nicht, also das war für mich eine wichtige Erfahrung und jetzt bin ich eine Frau, die halt eine etwas tiefere Stimme hat.““ (K3/Nr.4)

„Und diese Patientin, die ist den gesamten Weg gegangen, bis kurz vor der Mastektomie (...), war ein Jahr lang auf gegengeschlechtlichen Hormonen, und ist dann wieder zurück in die Mädchenrolle. Eine ganz differenzierte und kluge junge Frau jetzt, die sich da auch sehr selbstkritisch mit auseinandersetzt und sagt, jetzt so rückblickend zu dem damaligen Zeitpunkt, gab es für sie auch keine Alternative und diese Erfahrung sei für sie eine ganz wichtige gewesen. (Da) kann man natürlich sagen: „Das rechtfertigt sie jetzt so ein bisschen a posteriori“. Aber das ist schon ganz spannend gewesen und die lebt jetzt als ganz normale Frau wieder, ist jetzt Anfang 20.“ (K3/Nr.5)

Lediglich eine Person der Gruppe PB_{Bedingung} hat im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit weder Dropouts während PB noch während einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie betreut. Diese/r Expert/in wertet das Nichtvorhandensein von Therapieabbrüchen jedoch keinesfalls als Zeichen einer induzierten Persistenz, sondern vielmehr als Bestätigung von stets richtig gestellten Diagnosen.

Sämtliche Expert/innen der Gruppe PB_{immer} und ein/e Expert/in der Gruppe PB_{Bedingung} erklären mit Verweis auf die physiologische Reversibilität der PB, dass Sicherheit über den langfristigen Verlauf einer GI gar nicht zwingend vor Therapie-Beginn mit PB gegeben sein müsse. Eine Person berichtet beispielsweise, dass bei großem Leidensdruck vonseiten der Jugendlichen eine ausführliche Diagnostik verzichtbar sei, stattdessen solle zunächst mittels PB eine Entschärfung der Situation herbeigeführt werden.

„Aber dann finde ich auch: Was verliert man, wenn jetzt die Pubertät relativ auch schon fortgeschritten ist? Wenn man jetzt mal blockiert und Zeit gewinnt und sich in aller Ruhe drüber unterhält – man kann das ja auch wieder absetzen. Das hat keine so großen Nebenwirkungen, dass ich da Sorge hätte, dass ich irgendwas falsch machen kann.“ (K3/Nr.6)

Bezugnehmend auf das Risiko einer induzierten Persistenz erklären zwei Personen, dass diese Hypothese in Anbetracht der hierzu vorliegenden Publikationen zwar nicht ausgeschlossen werden könne, diese Tatsache es jedoch keineswegs rechtfertige, sämtliche geschlechtsinkongruente Jugendliche ihrem Leid zu überlassen.

„Aber andererseits können wir ja auch nicht, das ist meine Meinung, nur weil wir denken, dass vielleicht – es kann schon sein, dass dadurch die Zahl derjenigen, die nachher beim trans*-Weg bleiben, sich erhöht! Ich kann das nicht ausschließen, aber andererseits: So viele unglückliche, erwachsene trans*-Personen, die es gibt – die können wir doch nicht einfach alle weiter ins Messer laufen lassen, weil wir denken, dass vielleicht die Zahl sich erhöht.“ (K3/Nr.7)

„In jedem Vortrag steht auf meinen Folien drauf: Die Sorge vor der iatrogen induzierten Zementierung, letztlich, einer pseudo-transsexuellen Entwicklung. Aber ich sage immer, das Risiko, dass man eine Fehlentscheidung in dieser Richtung macht, erscheint mir geringer, als das maximale Leiden, was eben Jugendliche durchlaufen, wenn man ihre falsch-empfundene Pubertät nicht aufhalten würde.“ (K3/Nr.8)

Eine Person erklärt zudem, dass die Begleitung der Jugendlichen primär an deren Bedürfnisse im Hier und Jetzt und nicht an eine mögliche Zukunft angepasst sein sollte:

„Trotzdem arbeiten wir vor allem in der Gegenwart. Und die Gegenwart ist halt: Dieses Kind leidet, oder dieser Jugendliche leidet und hat einen unglaublich großen Leidensdruck.“ (K3/Nr.9)

Die Kontroverse um das Risiko der induzierten Persistenz stellt nach Meinung mehrerer Expert/innen ein nicht-überprüfbares, ethisches Dilemma dar.

„Das kann ich nicht belegen, denn das wird man auch nie belegen können, wissenschaftlich, denn man müsste ja sonst eine Doppel-Blind-Untersuchung machen. 100 Leute behandelt und 100 Leute nicht behandelt und gucken, was dabei rauskommt. Und diese Fragestellung lässt sich wissenschaftlich nicht sauber beantworten.“ (K3/Nr.10)

Andere Expert/innen stellen fest, dass die Hypothese der induzierten Persistenz bis dato keinesfalls ausreichend belegt sei und somit auch keinerlei Rolle im Entscheidungsprozess spiele.

4.3.3.2 Einflussnahme auf die psychosexuelle Entwicklung

Einen großen Risikofaktor für die induzierte Persistenz der GI im Rahmen einer Behandlung mit PB sehen die Expert/innen der Gruppe PB_{nie} darin, dass die Verwendung von PB die psychosexuelle Entwicklung der Jugendlichen unterbinde. Laut Einschätzung dieser Expert/innen kann die Geschlechtsidentität von Jugendlichen sich ausschließlich im Rahmen physiologischer Pubertätsprozesse

ausbilden und festigen. Eben diese Entwicklung würde jedoch durch den Einsatz von PB aufgehoben, schließlich bedinge die PB einen Mangel an Sexualhormonen und unterbinde damit automatisch, dass die Jugendlichen sich mit ihrer eigenen Sexualität auseinandersetzen und sexuelle Erfahrungen sammeln könnten.

„Mindestens ist es aber so, dass (bei Einsatz von PB) natürlich das Körpererleben und -empfinden ein anderes ist. Nämlich ein letztendlich nicht-normales, ein gestörtes oder behindertes. Weil eine sexuelle Empfindung ist den Betroffenen dann gar nicht mehr möglich. Weil die Libido, und das berichten ja auch alle Patienten, gegen 0 runter gefahren wird. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Begehren, die Auseinandersetzung mit eigenen sexuellen Wünschen, die findet dann eben nicht statt.“ (K3/Nr.11)

Eben diese Auseinandersetzung mit Sexualität sei jedoch fundamental wichtig für die Ausbildung einer stabilen Geschlechtsidentität. Zudem könne nicht ausgeschlossen werden, dass der Mangel an Sexualhormonen zu hirnrorganischen Veränderungen führe.

Expert/innen der Gruppen PB_{immer} und PB_{Bedingung} vertreten diesbezüglich einen anderen Standpunkt: Die psychosexuelle Entwicklung und/ oder das Sammeln sexueller Erfahrungen ist ihrer Meinung nach sehr wohl auch unter PB möglich. Hierzu berufen sich diese Expert/innen teilweise auf ihre klinische Erfahrung.

„Ich frage das dann auch immer unter der Pubertätsblockade, ob sich da was geändert hat. Mein letzter Patient (bezieht sich auf den Tag des Interviews), der wird seit einem halben Jahr mit GnRH-Analoga behandelt und ich habe ihn gerade gefragt, ob sich an seiner Lust auf Masturbation was geändert hat. Und er sagt Nö, so vier bis fünf Mal pro Woche würde er das machen. Und da kann man ja wirklich nicht sagen, dass das jetzt irgendwie völlig lahmgelegt ist.“ (K3/Nr.12)

„Also ich erlebe und bekomme auch erzählt, dass es sehr wohl zu Verliebtheiten kommt. (...) Es gibt aber auch ohne Weiteres Fälle von älteren Jugendlichen, also 16 der 17 (Jahre alt), die tatsächlich in sexuellen Kontakt mit Menschen von dem von ihnen präferierten Geschlecht treten und sehr wohl auch sexuell aktiv sind.“ (K3/Nr.13)

Einige Expert/innen der Gruppen PB_{immer} und PB_{Bedingung} berichten jedoch auch davon, dass das Sammeln sexueller Erfahrungen aufgrund der bestehenden Geschlechtsdysphorie, insbesondere aufgrund der Ablehnung der eigenen Genitalien, für viele Jugendliche nur schwer umsetzbar sei. Diese Expert/innen schätzen das Drängen auf gelebte Sexualität im biologischen Geschlecht vonseiten der Expert/innen der Gruppe PB_{nie} Geschlecht als realitätsfern ein:

„Kein Jugendlicher, der sich in seinem Körper falsch empfindet, wird ihn sexuell so nutzen, wie das die Kritiker sich wünschen würden. Also, wenn jemand mit seinem Penis ein maximales Problem hat, dann wird er den Penis sowas von, ja, verleugnen und mit dem nichts zu tun haben wollen und dann wird er in keinsten Weise sich dann in irgendeiner Beziehung (...), wenn er sich als Frau fühlt, wird er sich in keinsten Weise sexuell mit seinem Genitale beschäftigen.“ (K3/Nr.14)

„Und ich bekomme auch erzählt, dass es sozusagen die Idee eines Begehrens gibt und dann in den allermeisten Fällen die Blockade (der gelebten Sexualität) aufgrund der körperlichen Ausstattung, so sag ich jetzt mal sehr lax, dann passiert.“ (K3/Nr.15)

Dementgegen steht die klinische Erfahrung einer Person der Gruppe PB_{nie}:

„Es gibt durchaus auch Jugendliche (mit GI), die in der Lage sind – und das ist in jedem Fall natürlich zu befürworten, sogar zu begrüßen – sexuelle Erfahrungen zu sammeln. Es gibt auch welche, die sexuell voll erlebnisfähig sind. Also bis hin zu orgastischem Erleben. Und einige von denen sagen, oder bleiben dabei und sagen: „Trotzdem brauche ich die gesamte geschlechtsangleichende Operation.““ (K3/Nr.16)

Mit grundsätzlichem Blick auf die Hypothese der durch PB unterdrückten psychosexuellen Entwicklung stellen zwei Expert/innen der Gruppe PB_{immer} fest, dass keinerlei Evidenz vorliege, die eine Unterdrückung der psychosexuellen Entwicklung oder hirnorganische Veränderungen durch den Einfluss der PB impliziere.

„Also gibt ja, sozusagen die Behauptung, dass durch eine Pubertätsblockade die psycho-sexuelle Reifung unterbrochen oder gebremst wird, oder wie auch immer. Mir ist noch keine sozusagen valide Forschung untergekommen, die diese Hypothese irgendwie belegen würde. Also das muss man sich deutlich machen. Es ist eine Hypothese, nicht mehr und nicht weniger, und trotzdem ist es wichtig mit Eltern darüber zu reden und auch mit Jugendlichen, was das so für sie bedeuten könnte.“ (K3/Nr.17)

„Wenn ich die Jugendlichen mir vor Augen führe, die GnRH-Analoga bekommen, so entwickeln die sich intellektuell ganz hervorragend weiter. Also auch diese Unterstellung, dass Sexualhormone irgendwie für die Persönlichkeitsentwicklung relevant seien, stelle ich deutlich in Frage, auch wenn ich natürlich keine empirische Studie nachweisen kann. Aber ich denke einfach an Jugendliche, die, wenn man jetzt mal eine extrem schlichte Größe nimmt, die schulisch sich ganz hervorragend weiterentwickeln.“ (K3/Nr.18)

Eine Person erwähnt diesbezüglich zusätzlich, dass es bei Kindern, die im Rahmen endokrinologischer Störungen mit dem Wirkstoff der PB behandelt würden, keinesfalls zu Auffälligkeiten in der Entwicklung käme:

„Aber diese Sache, dass die körperliche Entwicklung die Geschlechtsidentität kläre, wird schon alleine durch die Kinder und Jugendlichen in Frage gestellt, für die ja GnRH-Analoga eigentlich mal entwickelt worden sind. (...) Und keines von diesen Kindern entwickelt in der Zeit ein irgendwie hinsichtlich der Identitätsentwicklung auffälliges Verhalten.“ (K3/Nr.19)

4.3.4 Konzept 4: Funktion von PB

Alle Expert/innen der Gruppen PB_{Bedingung} und PB_{immer} beschreiben die PB als effektives Mittel zur Minderung des Leidensdrucks geschlechtsinkongruenter Jugendlicher. Zur Illustration dieser Tatsache greifen sie oftmals auf Fälle von Jugendlichen zurück, deren Entwicklung ihnen im Rahmen der PB besonders eindrücklich in Erinnerung geblieben ist. Die PB wirke sich direkt positiv auf das Körpererleben aus, da besonders das Voranschreiten der Pubertät die Jugendlichen belaste. Dementsprechend mindere die Intervention auch den oft subjektiv empfundenen Zeit- und Entscheidungsdruck was das weitere therapeutische Vorgehen betreffe.

„Also bei den Hormonblockern ist es so, gerade die trans*-Mädchen, die werden einfach sofort ihre Panik los. Das ist ja oft so eine gedankliche Fixierung und Einengung auf: „Ich muss jetzt diese Blocker haben“. Mit diesem Zeitdruck im Nacken. Und in dem Moment, wo das nicht mehr da ist, spürt man natürlich eine allgemeine Entspannung.“ (K4/Nr.1)

(Siehe auch Zitat K3/Nr.6, S.51)

Die Expert/innen berichten, dass die PB vielseitig positive Einflüsse auf das Alltagserleben der Jugendlichen habe:

„Das ist eine grundlegende Verbesserung der psychischen Situation, wenn diese Jugendlichen dann einfach merken, dass ihnen jetzt endlich geholfen wird in ihrem ganzen Elend. Ich beobachte – und das erfreut einen dann halt auch und das überzeugt mich einfach auch so sehr – dass, in dem Moment, wenn die entsprechende Behandlung startet, der ganze Mensch in seinem Funktionieren, in seinem sozialen und kognitiven Funktionieren, sich deutlich stabilisiert und bessert.“ (K4/Nr.2)

„Also die (Jugendlichen) werden in der Regel kontaktfreudiger, die werden entspannter, wirken weniger apathisch oder energiegeladener, um es positiv zu formulieren.“ (K4/Nr.3)

In diesem Zusammenhang verweisen mehrere Expert/innen der Gruppen PB_{Bedingung} und PB_{immer} auch auf die Tatsache, dass die PB psychiatrische Komorbiditäten wie Depressionen oder Suizidalität effektiv mindere.

„Also, ich habe da mehrere Beispiele von Jugendlichen, die mit Ritzen, Suizidgedanken, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren und völlig verzweifelt oder am Ende, und man hat mit der Behandlung begonnen und die sind wieder in ein völlig normales Leben gekommen, in der Schule durchgestartet.“ (K4/Nr.4)

Eine Person erklärt zusätzlich, dass bereits eine Thematisierung der Möglichkeit der PB bei vielen Jugendlichen große psychische Erleichterung bedinge.

Neben einer Minderung des akuten Leidensdrucks der Jugendlichen ermögliche die PB zudem bessere Ergebnisse im Fall einer Geschlechtsumwandlung. Durch die Verhinderung der irreversiblen Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale, würden nicht nur einige operative Eingriffe später obsolet (beispielsweise eine Mastektomie bei trans*-Männern), auch sei der soziale Rollenwechsel meist erleichtert, da mit der Geschlechtsrolle assoziierte Körpermerkmale wie Stimmlage oder Körperform nicht ausgebildet würden.

„Die Resultate sind einfach ungleich viel besser, als wenn wir die – also, das gilt primär für die Jungen – als wenn man die voll in die Pubertät reinlaufen lässt. Also, wenn die Bartwuchs bekommen, Stimmbruch. Gerade die Stimme, das ist etwas, was denen oftmals sehr zu schaffen macht.“ (K4/Nr.5)

„Der Hauptnutzen liegt darin, dass man irreversible Veränderungen, die durch die Pubertät kommen, verhindert. In erster Linie geht es natürlich um den Stimmbruch bei trans*-Mädchen und natürlich auch um die Brustentwicklung bei trans*-Jungen.“ (K4/Nr.6)

Andererseits weist eine Person darauf hin, dass die Operationsresultate im Falle eines sehr frühen Beginns von PB und demnach unterentwickelten Genitalien insbesondere bei biologischen Jungen eventuell nicht optimal sein könnten:

„Da kommen unsere Chirurgen dann dazu (...), die sagen dann immer: „Also wenn das ein kleiner, nicht entwickelter Penis ist, das gibt ein schlechteres Operationsresultat später“. Und das sehen sie (die Jugendlichen) immer ein.“ (K4/Nr.7)

Alle befragten Experten schätzen die somatischen Nebenwirkungen der PB als akzeptabel ein.

„Die Risiken, die man auf einer biologisch, somatisch-körperlichen Ebene eingeht, sind glaube ich auch überschaubar. Also sicherlich kann man über so etwas wie verminderte Knochendichte diskutieren. Oder auch über ein paar neurologische Komplikationen, die in einzelnen Fällen auftreten können. Aber das scheinen mir beherrschbare Risiken zu sein.“ (K4/Nr.8)

Auch die Expert/innen der PB_{nie} attestieren der PB ein per se großes Maß an Wirksamkeit. Retrospektiv sei ihrer Meinung nach bei allen geschlechtsinkongruenten Erwachsenen der Einsatz von PB geboten gewesen.

„Gleichwohl ist es natürlich überhaupt keine Frage, dass eine solche Behandlung absolut segensreich wäre, für diejenigen Jugendlichen, oder Frühadoleszenten, die später transsexuelle Entwicklungen nehmen würden. Das muss man ganz klar sagen und das darf man auch nicht verschweigen. Das Problem ist nur, wir wissen nicht bei wem wird das jetzt dauerhaft so bleiben.“ (K4/Nr.9)

Da jedoch eine iatrogen durch PB induzierte Persistenz der GI nicht ausgeschlossen werden könne, sei der Einsatz von PB bei Jugendlichen nie gerechtfertigt. Es gälte vielmehr, diejenigen Jugendlichen, deren GI von transienter Natur sei, vor einer iatrogen induzierten Persistenz zu schützen.

Eine Person aus der Gruppe PB_{Bedingung} berichtet, dem Einsatz von PB ehemals ablehnend gegenüber gestanden zu haben. Im Verlauf sei es jedoch zu einem Meinungswandel gekommen.

„Ich war da sehr skeptisch, zunächst, eher ablehnend (gegenüber der Verwendung von PB). Das war so ein bisschen von meiner Herkunft, also ich bin ja analytisch ausgebildet und ich habe immer gesagt: „Also zunächst sollte man vor allen Dingen mit Kindern, mit jungen Patienten, sollte man psychotherapeutisch arbeiten“. Und (ich) habe es dann so gesehen, dass man damit dann quasi so eine doppelte Message gibt den Kindern. Man sagt „Ja, also gut, wir wollen psychotherapeutisch arbeiten und sehen, ob du das vielleicht nicht doch schaffen kannst, also mit deinem Körper zurecht zu kommen. Aber gleichzeitig geben wir dir schon sozusagen mal prophylaktisch die pubertätshemmenden Hormone“. Aber ich muss sagen, ich habe meine Meinung da geändert. (K4/Nr.10)

Als ursächlich für den Wandel der eigenen Einschätzung benennt diese Person primär positive klinische Erfahrungen im Umgang mit PB.

Bezüglich der generell ablehnenden Haltung der Expert/innen der Gruppe PB_{nie} bemerken zahlreiche andere Teilnehmende, dass auch das Vorenthalten von PB Folgen habe:

„Das Abwarten ist genauso eine Intervention. Es gibt sowohl bei dem Klientel, was ich begleite, als auch bei dem, was ich von anderen weiß, bei Jugendlichen, denen das vorenthalten wird, eine extrem auffällige Häufung von ernsthaften psychischen Problemen.“ (K4/Nr.11)

Mehrere Expert/innen berichten in diesem Zusammenhang von sozialem Rückzug, Anorexien, Selbstverletzung und Suizidalität.

„Aber ich kann Ihnen sagen, ich kenne halt diese ganzen Jugendlichen, die völlig verzweifelt bei den Leuten (die ihnen keine PB verschreiben) rausgehen, sich fast vor den Zug schmeißen, oder es sogar de facto versucht haben, weil ihnen dort nicht geholfen wird. Die kriegen die (diese Expert/innen) ja dann natürlich nicht mehr mit. (...) Da habe ich einige schon erlebt, die völlig verzweifelt, massiv depressiv und suizidal hier ankommen und sagen: „Ja, mir wurde gesagt, ich solle mal wieder kommen, wenn ich 18 bin.““ (K4/Nr.12)

„Die Leute werden magersüchtig, die Leute werden träge, die Leute entwickeln verschiedenste Krankheitsbilder, bis hin zu Diabetes und all das sind auch Körperveränderungen. Und die werden sozusagen sehenden Auges in Kauf genommen, obwohl sozusagen die gewünschten Körperveränderungen letzten Endes weniger Nebenwirkungen hätten.“ (K4/Nr.13)

Zwei Expert/innen berichten zudem, dass Jugendliche im Falle einer Vorenthaltung der PB oftmals zu unkontrollierter Selbstmedikation griffen.

4.3.5 Konzept 5: Autonomie von Jugendlichen mit GI

Drei Expert/innen der Gruppe PB_{Bedingung} und alle Expert/innen der Gruppe PB_{immer} erklären, dass Jugendliche mit GI und deren Familien zu einer eigenständigen Entscheidung für oder gegen PB befähigt seien. Dabei beschreiben sie die Jugendlichen als äußerst reflektiert und informiert. Kein Jugendlicher würde sich leichtfertig für eine PB entscheiden, vielmehr beschäftigten sich die jeweiligen Jugendlichen meist bereits langfristig mit dem Thema GI und Geschlechtlichkeit, bevor sie überhaupt den Expert/innenkontakt suchten.

„Die kommen meistens, also Jugendliche kommen mit der Aussage: „Ich bin trans*““. Und wenn wir dann darüber diskutieren, was das bedeutet und was die Ideen, Ziele und Wünsche sind, ist für mich immer wieder sehr, sehr deutlich

nachvollziehbar, dass die sich schon länger und intensiver mit dem Thema auseinandergesetzt haben. Niemand, der älter als 12 oder 13 ist, macht sich auf die nicht einfache Suche nach einem Profi, der sich mit dem Thema beschäftigt, um mit dem mal darüber zu reden. Das sind Ergebnisse von zum Teil nicht mehrmonatigen, sondern fast manchmal mehrjährigen Prozessen.“ (K5/Nr.1)

In diesem Kontext erzählen mehrere Expert/innen auch von Jugendlichen, die sich bewusst gegen PB und für andere Therapieformen entschieden.

„Manche Jugendliche entheben mich dieser Frage und sagen: "Nee, machen wir nicht. Brauch ich nicht“. Auch mit Operationen: "Ach nee, ich will aber erstmal in Ruhe mein gutes Abitur machen und dann überlege ich mir das. Vielleicht gehe ich ja noch ins Ausland. Ich bin bisher doch fantastisch klargekommen. Und meine Freundin habe ich jetzt schon seit 5 Jahren. Das klappt auch mit der.““ (K5/Nr.2)

Zwei Expert/innen beschreiben zudem möglicherweise subtilere Formen einer Ablehnung von PB: Sie berichteten von Jugendlichen, die zwar Beratungsgespräche bezüglich möglicher Interventionen in Anspruch genommen hätten, jedoch im weiteren Verlauf Termine zur Konkretisierung der therapeutischen Möglichkeiten nicht wahrnahmen.

Mehrere Expert/innen berichten, dass gerade in Anbetracht der noch immer vorherrschenden gesellschaftlichen Stigmatisierung geschlechtsvarianter Menschen der Großteil der Jugendlichen keinesfalls ausnahmslos positiv auf eine Zukunft als trans*-Mensch blicke und die Entscheidung bezüglich therapeutischer Interventionen dementsprechend nicht leichtfertig träge.

„Nach meinen Erfahrungen zu Verläufen, die ich von Erwachsenen höre, weiß ich einfach, dass der Wunsch sich anzupassen, der Wunsch nicht trans* zu sein, der Wunsch, das irgendwie anders gehandelt zu kriegen als über ein Coming-Out und ein Leben als trans*-Person, der ist so groß.“ (K5/Nr.3)

„Viele machen dann auch nochmal den Versuch, also die (biologisch) Weiblichen: „Ja, jetzt mach ich das nochmal extra, ich mach mich mal zurecht und schmink mich mal und kleide mich weiblich“, sie gehen vielleicht sogar eine Beziehung ein mit einem Jungen, um das mal auszuprobieren. Nur typischerweise schlägt sowas dann fehl. Die meisten berichten dann halt: „Also, da habe ich mich so unwohl gefühlt wie Karneval, wie verkleidet, also das ging gar nicht.““ (K5/Nr.4)

„Also, wenn jemand allein diese Entscheidung für sich trifft: „Ja, ich will meine Pubertät aufhalten“, dann ist das auch einfach schon mal prognostisch sehr aussagekräftig.“ (K5/Nr.5)

Eine Person bemerkte zusätzlich, dass Jugendlichen in anderen Lebensbereichen unabhängig von ihrem Alter große Entscheidungsfreiheit eingeräumt würde und dies somit auch bezogen auf die PB möglich sein sollte.

„Wenn ich mir nochmal spaßeshalber vor Augen halte, welche anderen Dinge Jugendliche in dem Alter schon wissen und entscheiden sollen, also Schulwahl, Berufswahl und so weiter, und da wird deren Aussage ja enormes Gewicht beigemessen, und denen wird eine Menge zugetraut, und dann sollte das auch an der Stelle (bezüglich PB) sein. Also warum gerade an der Stelle dann solch eine Skepsis?“ (K5/Nr.6)

Mehrere Expert/innen erklärten, dass es vermessen sei, sich selbst eine bessere Entscheidungsfähigkeit als den jeweiligen Jugendlichen anzumaßen.

„Es kommt ja niemandem in den Sinn: "Ja, jetzt habe ich seit drei Monaten eine Geschlechtsdysphorie, jetzt mache ich mal eine Pubertätsblockade." Sondern das ist immer schon eine lange Geschichte, so kenne ich das, und dann sage ich nicht Nein. Das würde ich jetzt irgendwie auch vermessen finden, wenn ich das für die Leute entscheiden kann. Das kann ich ja nicht.“ (K5/Nr.7)

„Und dann denke ich halt: Who am I to judge?“ (K5/Nr.8)

Die Expert/innen der PB_{nie} hingegen vertreten die Meinung, dass Jugendliche als Minderjährige nicht zu einer alleinigen Entscheidung bezüglich PB befähigt seien und die Konsequenzen ihrer Entschlüsse nicht unbedingt überblicken könnten. Da die PB als nur theoretisch reversibles Medium offenbar immer zu einem transsexuellen Leben führe, seien die Implikationen dieser Therapie weder für Jugendliche, noch für Eltern und Ärzte absehbar.

„Was ich nochmal hervorheben möchte, ist, dass das der erste Schritt einer Behandlung ist, die dann, sofern im zweiten Schritt gegengeschlechtliche Hormone verabreicht werden – und ich habe Ihnen gesagt, das ist bei den Patienten in 100% der Fälle – das ist eine Behandlung, die mündet in einer dauerhaften Infertilität und das ist ein ganz wesentlicher Punkt und eine ethische Grundsatzfrage. Kann man das machen? Darf man das machen? Und wer kann und darf und soll die Entscheidung darüber treffen? Der noch nicht volljährige Patient? Die Eltern? Die Ärzte?“ (K5/Nr.9)

Hinzu komme, dass die Frage der Autonomie von Jugendlichen im Zusammenhang mit GI und PB nur unzureichend thematisiert und untersucht sei. So würde in anderen

Bereichen der Medizin weniger leichtfertig mit der Entscheidungsfähigkeit von Jugendlichen umgegangen.

„Also wenn man sich da nochmal in Erinnerung ruft – ich habe in der Pädiatrie angefangen (zu arbeiten) – wie sehr das diskutiert wurde, also, Medikamente zu geben, zum Beispiel in der Kinder-Onkologie, die mit einer möglichen Infertilität der Kinder dann verbunden sind. Das ist ein ethisches Dilemma und das wird in unserem Feld, also auf dem Gebiet Geschlechtsidentitätsstörung gar nicht adäquat abgehandelt, nicht ausreichend ernsthaft diskutiert.“ (K5/Nr.10)

Dementgegen beschreibt eine Person der Gruppe PB_{immer} die PB – trotz des Risikos einer möglichen zukünftigen Infertilität im Falle weiterführender medikamentöser und operativen Therapie – als alternativlos, sofern die Jugendlichen sich diese Intervention wünschen.

„Wie soll das gehen zu sagen: „Ich lasse dich jetzt fünf Jahre warten, damit du dann nochmal über deine Fertilitätsentscheidungen nachdenken kannst, oder so“? Also, ich weiß immer nicht, was die Alternative sein soll. Ich habe ganz oft Diskussionen mit niedergelassenen Psycholog/innen und Psychiater/innen, die sich fragen: „Da ist so viel im Raum, soll ich der Person wirklich die Indikation für die Hormontherapie geben?“. Und ganz oft ist die Gegenfrage, die ich dann stelle: Was ist denn die Alternative? Wie geht es denn weiter, wenn die Person das nicht bekommt? Was passiert mit eurer therapeutischen Beziehung, was passiert mit der Lebensqualität von der Person, wie geht es der in den nächsten Wochen und Monaten, wenn sie das nicht bekommt, was sie irgendwie grade wirklich am liebsten will?“ (K5/Nr.11)

Einige Expert/innen der Gruppen PB_{immer} und PB_{Bedingung} bestätigen im Sinne der Expert/innen der Gruppe PB_{nie} das Bestehen eines Dilemmas über die Entscheidungsfähigkeit von Jugendlichen. Diese Expert/innen erklären jedoch, dass Jugendliche mit Unterstützung von Eltern und Begleiter/innen sehr wohl eine Entscheidung zur PB treffen könnten und letztlich auch müssten.

Eine andere Person äußert zusätzlich Bedenken, dass gerade der erschwerte Zugang zu einer PB die Therapieentscheidungen der Jugendlichen einengen könnte:

„Ich glaube wirklich, dass diese Gatekeeper, die versuchen Voraussetzungen (für PB) zu diktieren, die machen auch die Wege so eingleisig und die liefern aber auch so einen Widerstand, dass man sagt: „Ich will das unbedingt, wo jetzt hier der Wachhund davor steht“. Und wenn man sagt: „Du kannst das entscheiden, du musst das aber nicht machen, und die Möglichkeit ist da“, das führt eher dazu, dass Leute sich nochmal zurücklehnen und sagen: „Ok, ich guck mir wirklich in aller Ruhe an, was ich möchte.““ (K5/Nr.12)

4.3.6 Resultierendes Moral- und Pflichtverständnis der Expert/innen

Den Endpunkt des meinungsbildenden Prozesses im Zusammenhang mit dem Einsatz von PB markiert die Formation eines Pflicht- und Moralverständnisses bezüglich der adäquaten Begleitung von Jugendlichen mit GI.

Mehrere Expert/innen weisen zunächst darauf hin, dass es bezüglich der Kontroverse um den Einsatz von PB unmöglich sei, *keine* persönliche Meinung zu haben.

„Dann würde ich halt sagen, dass angesichts dieser Spaltungstendenzen in der Versorgungslandschaft klare Worte und klare Haltungen wirklich dringend notwendig sind. Und auch da glaube ich gilt, man kann sich nicht *nicht* positionieren.“ (P/Nr.1)

Der Großteil der Expert/innen der Gruppen PB_{Bedingung} und PB_{immer} findet klare Worte bezüglich der eigenen Einschätzungen. Nicht selten kommt es dabei parallel zu einer Verurteilung anderer Meinungen.

„Mittlerweile bin ich auch so weit, dass ich denke, die (Jugendlichen) haben auch ein Recht darauf, auf diese Behandlung, beziehungsweise wir Ärzte haben kein Recht es sozusagen aus prinzipiellen theoretischen Überlegungen heraus abzulehnen (...). Und ich finde es einen Fehler, mittlerweile würde ich sogar sagen, einen Behandlungsfehler, einen ärztlichen Kunstfehler, dann zu sagen: „Aus prinzipiellen Gründen machen wir das nicht, denn wir könnten ja möglicherweise ein Persistieren damit veranlassen.““ (P/Nr.2)

„Das finde ich dann auch feige, ehrlich gesagt, von den Kollegen unter dem Motto: „Ja, wir machen das nicht“. Und: „Soll doch die Natur es richten“ (bezieht sich auf das Vorenthalten einer PB). (...) Die Vorstellung, dass man, wenn man der Natur alles überlässt, dass man dann nichts falsch machen würde, die ist in keinsten Weise richtig.“ (P/Nr.3)

„Ich glaube, so wie Leute gegen ihren Willen keine Psychotherapie machen können, so funktioniert das auch nicht, ihnen irgendwas vorzuenthalten zu ihrem Besten.“ (P/Nr.4)

Laut Meinung der Expert/innen der Gruppe PB_{immer} ist es geboten, die PB allen selbstidentifizierten geschlechtsinkongruenten Jugendlichen zugänglich zu machen. Expert/innen der Gruppe PB_{Bedingung} erklären die PB hingegen für ausschließlich gerechtfertigt, wenn entweder spezifische diagnostische Kriterien erfüllt sind oder aber sämtliche nicht-medikamentöse Begleitungsoptionen ausgeschöpft wurden.

Die Expert/innen der Gruppe PB_{nie} erklären, dass rückblickend eine Therapie mit PB bei jedem trans*-Erwachsenen geboten gewesen sei. Jedoch fühlen sich diese

Expert/innen im Hier und Jetzt primär dem Großteil an Jugendlichen verpflichtet, deren GI zukünftig vermutlich sistieren würde: Nach Einschätzung dieser Experten diktiert die Verpflichtung zum Schutz möglicher Desisters demnach ein Ablehnen von PB.

„Das ist so, wenn man mit transsexuellen Erwachsenen zu tun hat, dass retrospektiv eine Hormonblockade und eben eine Verhinderung dieser Entwicklung hinein in den falschen Körper auf jeden Fall moralisch geboten wäre. Also an diesem Grundargument kann man primär erstmal gar nicht rütteln, das ist total nachvollziehbar. Gleichzeitig sehe ich aber eben die Gefahr, dass man sozusagen andere Personen therapiert, wo das eben grade nicht geboten ist. (...) Weil ich mir Sorgen mache um die, bei denen das eben nicht indiziert ist.“ (P/Nr.5)

4.3.7 Schematische Darstellung der Argumentationsstrukturen

Im Folgenden sind die zentralen Argumentationsstrukturen von Expert/innen der Gruppen PB_{nie}, PB_{immer} und PB_{Bedingung} graphisch mittels des Toulmin-Schemas dargestellt.

Die Nummerierung der einzelnen Begründungen korrespondiert dabei mit der Nummerierung der jeweiligen Stützungen/ Hintergründe.

4.3.7.1 Schematische Darstellung der Argumentationsstrukturen der Gruppe *PB_{immer}*

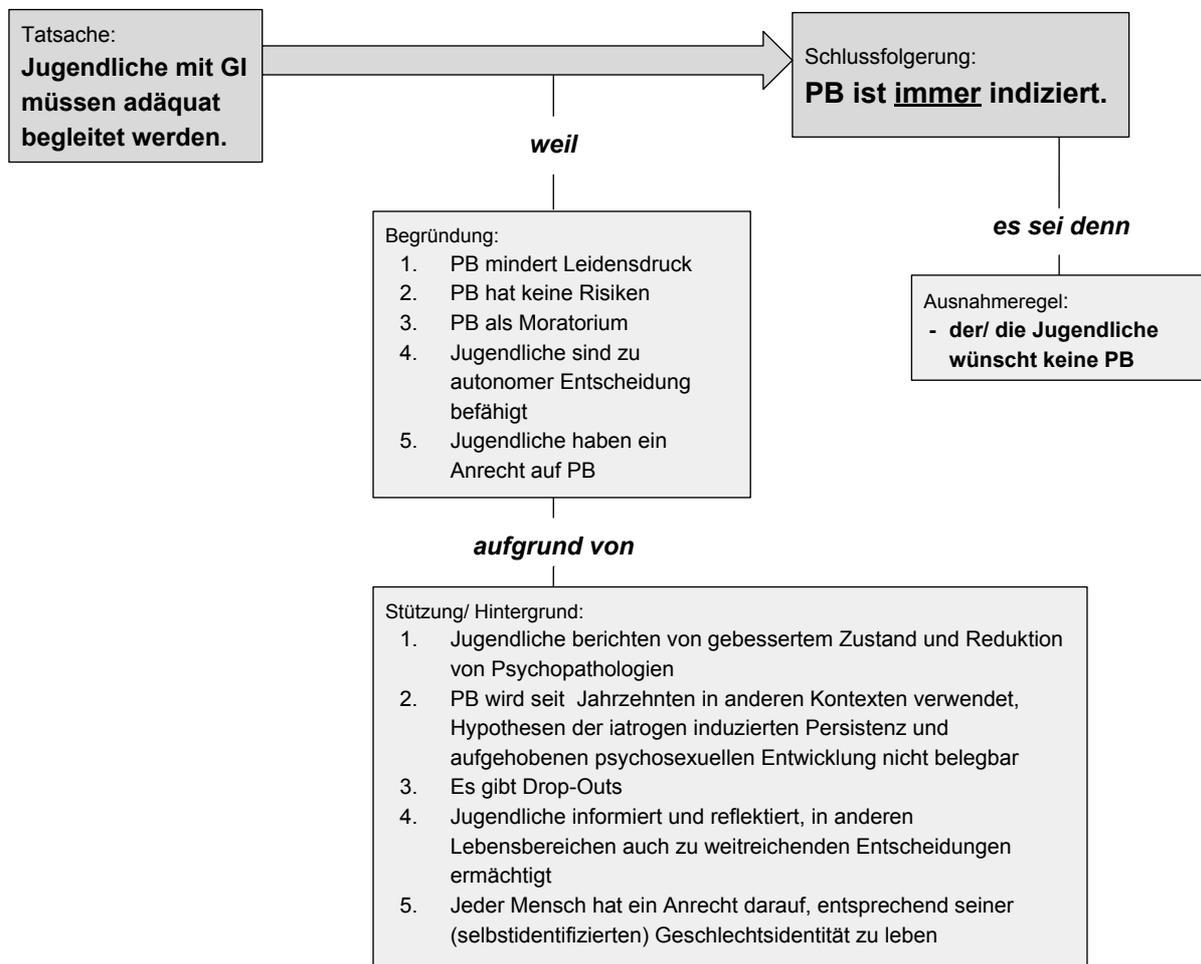


Abbildung 4: Toulmin-Schema für die Expert/innen-Gruppe *PB_{immer}*

4.3.7.2 Schematische Darstellung der Argumentationsstrukturen der Gruppe

PB_{nie}

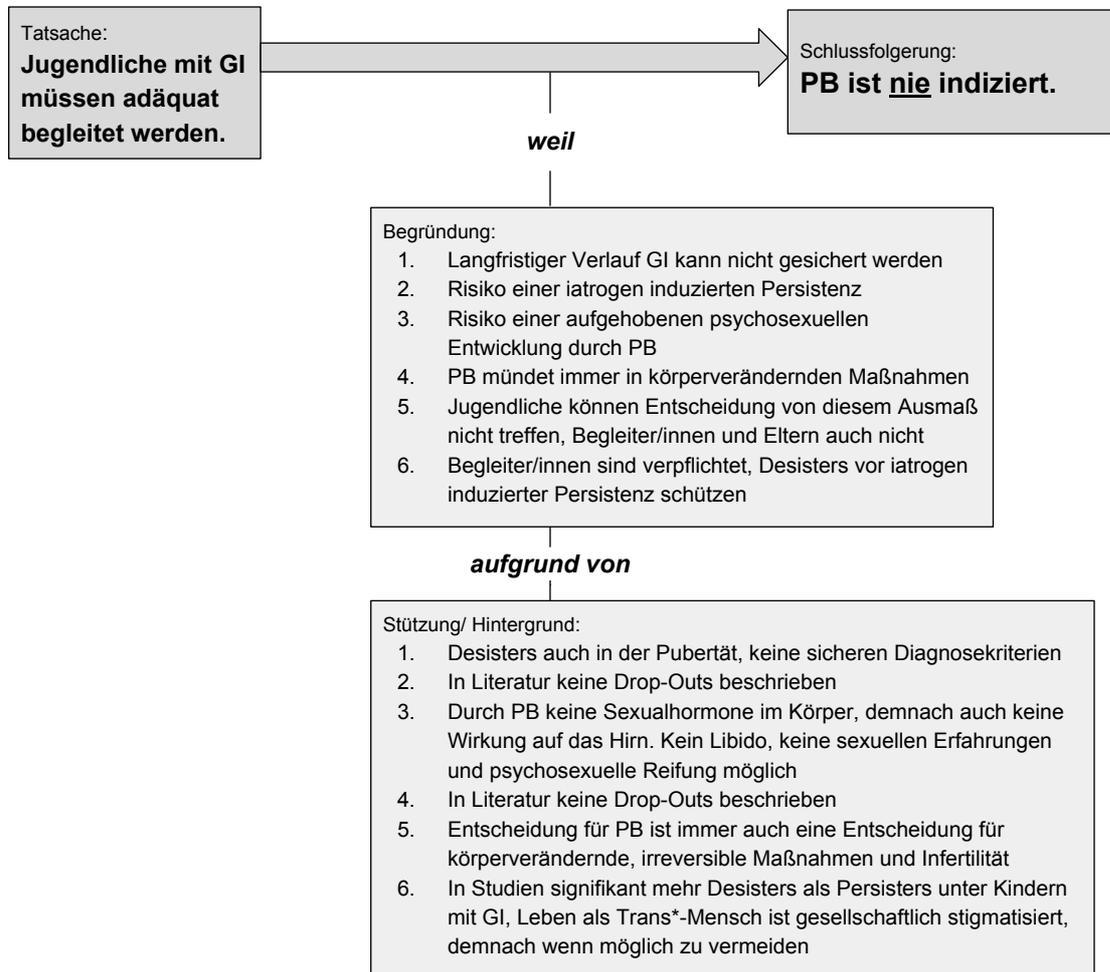


Abbildung 5: Toulmin-Schema für die Expert/innen-Gruppe *PB_{nie}*

4.3.7.3 xSchematische Darstellung der Argumentationsstrukturen der Gruppe PB_{Bedingung}

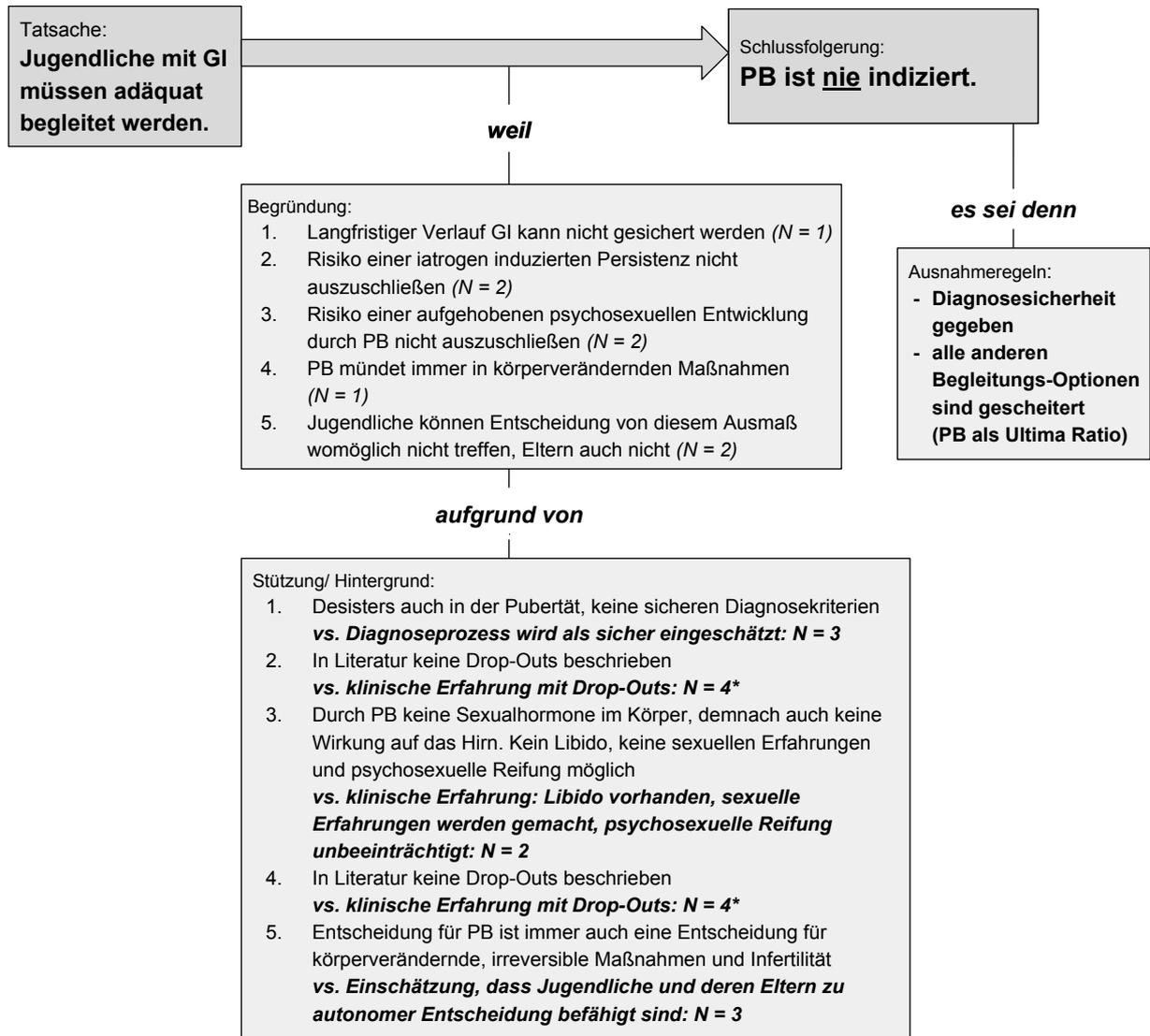


Abbildung 6: Toulmin-Schema für die Expert/innen-Gruppe PB_{Bedingung}

N = Anzahl der Expert/innen der Gruppe PB_{Bedingung}, die sich dieser Einschätzung anschließen.

*Zwei der vier Expert/innen haben Drop-Outs im Rahmen einer Intervention mit PB betreut, zwei der vier Expert/innen haben Drop-Outs unter gegengeschlechtlicher Hormontherapie betreut.

4.4 Einfluss (sozialer) Medien auf Prävalenzen und Stigmatisierung von GI

Alle befragten Expert/innen diskutieren mögliche Zusammenhänge zwischen der steigenden medialen Präsenz des Themenfelds GI und den steigenden Inanspruchnahmen von Beratungsangeboten durch Jugendliche.

Während Menschen mit GI in der Vergangenheit oft jahrelang im Stillen mit ihrem eigenen Identitätsempfinden gerungen hätten, erlaube insbesondere das Internet heutzutage eine frühe und intensive Auseinandersetzung mit Geschlechterthemen. Oft kämen die Jugendlichen bereits gut informiert in die Sprechstunden.

„Ich erlebe hier in der Beratung, dass es einen sehr deutlichen Unterschied gibt zwischen denen, die vor dem Internet ihr inneres Coming-Out hatten und denen danach, das ist ein riesen Unterschied (...). Also, um so länger Menschen auf diesem sogenannten Geheimnis sitzen und es nicht leben können, umso mehr macht es verrückt.“ (M/Nr.1)

„Die allermeisten betroffenen Jugendlichen haben sich dann schon kundig gemacht, (haben) Kontakte geknüpft, also mit anderen sich ausgetauscht, via WhatsApp, Facebook, was auch immer. Und die sind meist doch recht gut informiert.“ (M/Nr.2)

Mehrere Expert/innen führen an, dass das Internet die Begründung einer großen und vielfältigen Trans*-Community ermöglicht habe und diese Community heute informierend und supportiv über unterschiedliche Kanäle wirke. Insbesondere würden Jugendliche im ländlichen Raum von der zunehmenden medialen Präsenz und der internetbasierten Unterstützung profitieren.

„Es erreicht einfach eine weite Bandbreite von Jugendlichen, die sonst keinen Zugang dazu hätten, weil sie auf dem Land oder so groß werden, und für die zum Beispiel schon die Vorstellung schwul oder lesbisch zu sein ein riesiges Hirngespinnst ist (...). Und da ist natürlich dann so ein Medium, wie Internet, YouTube, Facebook, toll, um einfach aufzuklären, um Lebensrealitäten, die auch wirklich lebbar und realistisch sind für Menschen zu zeigen. Dass es das gibt, dass man das leben kann, dass man damit auch Partnerschaften eingehen kann, dass man damit nicht alleine bleibt, dass es eine Community dahinter gibt, die supported, wenn man vielleicht kein aktuelles soziales Netzwerk hat.“ (M/Nr.3)

Eine Person aus einem Beratungszentrum berichtet, soziale Medien regelmäßig auch im professionellen Kontext zu nutzen: So würde ein Großteil der Kommunikation und Beratung von Jugendlichen über Facebook stattfinden. Mehrere Expert/innen erklären, dass auch Eltern und andere involvierte Personen von der zunehmenden medialen

Präsenz des Themas profitieren können. Diesbezüglich ermuntern sie die Jugendlichen und deren Familien im Rahmen von Beratungsgesprächen explizit zur Nutzung medialer Strukturen und/ oder stellen direkt positive Bezüge zu Beispielen aus den Medien her.

„Es gibt einfach einen unendlichen Wissenspool zu dem Thema. Das ist toll und das sind auch viele Sachen, die hier in der Beratungsstelle letzten Endes nicht abgebildet werden können. Also, ich empfehle den jungen Leuten: „Guck dir die Videos an, such' dir da dein Zeug zusammen (...).““ (M/Nr.4)

„Ich versuche dann auch immer von Vorbildern, es gibt ja Leute, die wirklich super gut integriert sind und da so Sachen publiziert haben. Und dann zeige ich denen (den Eltern) die Bilder und die Bücher von Leuten, den Eltern, die sich Sorgen machen, dass man auch wenn man trans* ist gut leben kann in der Gesellschaft heute. Das ist auch ein wichtiger Teil der Arbeit.“ (M/Nr.5)

Insgesamt berichtet ein Großteil der Expert/innen, dass die mediale Präsenz von Geschlechterthemen in den letzten Jahren zu einer zunehmenden gesellschaftlichen Akzeptanz gegenüber GI geführt habe.

„Das ist total anders als in den letzten fünf bis zehn Jahren, da hat sich extrem viel verändert, dass das viel mehr Thema ist, viel akzeptierter ist. Ich sehe das bei den jungen Leuten, die sind oft überhaupt nicht irgendwie schockiert oder so. Die haben alle schon so diese Dokumentationen im Fernsehen gesehen: "Von Frau zu Mann" und "Von Mann zu Frau" und so weiter. Wenn man dann sich outet, zum Beispiel in der Klasse, wenn jemand sich als trans* outet, dann findet das oft Zustimmung, dass sie sagen: „Ah, das haben wir uns schon gedacht“, oder: "Ja, das ist ja gut, dass du dazu stehst", und so. Also, der Umgang ist vielfach sehr positiv und sehr akzeptierend.“ (M/Nr.6)

Es gibt jedoch auch Expert/innen, die der zunehmenden medialen Präsenz von Geschlechterthemen skeptisch gegenüber stehen. Diese Expert/innen äußern Besorgnis vor einer stark vereinfachten und übermäßig positiven Darstellung der Thematik. Auch einige Expert/innen, die die mediale Landschaft primär positiv einschätzen, teilen diese Sorgen.

„Man muss natürlich auch immer kritisch hinterfragen, in wie weit mediale Berichterstattungen so einen gewissen Nachahmer-Effekt induzieren. Dass natürlich Jugendliche, die sich immer gerne in irgendwelche Vorbilder hineindenken, dass die sich an solchen medialen Vorbildern dann auch wieder ihre neue Identität schönreden und zurecht suchen.“ (M/Nr.7)

„Ich glaube nämlich tatsächlich, dass das desaströse Folgen hat, die mediale Berichterstattung über so Themen wie Geschlechterwechsel (...). Es gibt eine Unmenge an realen Alltagsschwierigkeiten, die in so einem transsexuellen Leben bewältigt werden müssen, die sich alle in YouTube-Videos und in Blogs und Facebook nicht ausdrücken. Und diese verzerre Bild von einem Leben als transsexueller Mensch, das glaube ich, das hat einen sehr negativen Einfluss auf die Jugendlichen (...). Ich habe tatsächlich noch nie einen kritischen Bericht, glaube ich, gelesen über das Phänomen.“ (M/Nr.8)

Auch könne durch Medien ein Normativitätsdruck entstehen, indem ausschließlich maximal positive und klassische Verläufe dargestellt würden.

„Also ich denke, diese Grenzfälle, oder die non-binären Fälle, die werden tatsächlich seltener gezeigt.“ (M/Nr.9)

Eine andere Form von Handlungsdruck könne auch direkt von anderen Jugendlichen oder Erwachsenen der Trans*-Community ausgehen: Eine Person berichtet, dass Jugendliche mit (selbstidentifizierter) GI sich im Internet von anderen online agierenden Personen zu bestimmten Schlüssen bezüglich ihrer eigenen Geschlechtsidentität oder auch Interventionen gedrängt fühlen könnten. In Einzelfällen würden Jugendliche dabei teils explizit instruiert, welche Narrative es im Kontext einer spezialisierten Sprechstunde zu erzählen gälte um letztlich die gewünschten Interventionen zu erhalten.

„Aber die werden dann sozusagen vorprogrammiert, geimpft von denen: „Also, da musst du hingehen und das und das erzählen und dann musst du da auch bestehen, dass du die Hormone kriegst“ und so weiter. Also es wird natürlich da auch so in einzelnen Fällen, dann manchmal so ein bisschen Druck gemacht (...). Also solche Sachen, also da ist natürlich schon die Gefahr, dass die zu schnell in diese Richtung gestoßen werden.“ (M/Nr.10)

In diesem Kontext diskutieren mehrere Expert/innen auch das Risiko einer generellen gesellschaftlichen Pathologisierung geschlechtsvarianten Verhaltens beziehungsweise die Gefahr der Fehlinterpretation geschlechtsvarianten Verhaltens als manifeste GI:

„Ich denke, natürlich, es gibt eine Gefahr, dass die Breite von Frauenbildern und Männerbildern ein bisschen leidet unter dieser trans*-Entwicklung. Wenn zum Beispiel ein Mädchen im Kindergarten sich extrem burschikos verhält, und vielleicht auch mal eine Zeit lang mit männlichem Vornamen operiert oder so, dass dann sensibilisierte Leute irgendwie auf so trans*-Gedanken kommen könnten (...). Aber das finde ich echt problematisch, diese eingeengte Berichterstattung

und diese eingeeengten Frauenbilder vor Allem, die angeboten werden, von „Alle sind langhaarig“, „Alle sind geschminkt“, „Alle tragen immer nur Röcke und machen sich schön für die Jungs“, „Alle sind auch heterosexuell“, das finde ich gefährlicher. Weil, das sorgt dann dafür, dass sich Leute, die dem nicht entsprechen, eher fragen: „Was stimmt mit mir nicht?“, und man dann natürlich die Idee haben könnte: „Bin ich vielleicht trans*?““ (M/Nr.11)

Andere Expert/innen widersprechen jedoch dieser Einschätzung und führen an, dass die verfügbaren medialen Beiträge vielfältig und differenziert seien. Insbesondere würden dabei unterschiedlichste Aspekte von Geschlechtlichkeit und Geschlechtsvarianz thematisiert und somit einem Normativitätsdruck entgegengewirkt.

„Das ist nur eine Frage der Suchbegriffe. Also es gibt auch zu nicht-binären und queeren Lebensweisen und Formen genauso viele Informationen. Man muss halt nur die anderen Suchbegriffe verwenden.“ (M/Nr.12)

„Also ich sehe darin schon einen großen Vorteil auch verschiedene Identitäten aufzuzeigen, also dass man zum Beispiel auch ein trans*-Mann mit langen Haaren sein kann oder so. Oder auch ein trans*-Mann sein kann, der seine Brüste behält und dafür zum Beispiel andere Worte findet.“ (M/Nr.13)

In diesem Zusammenhang berichten alle der in LGBTI-/ Trans*-Beratungsstellen tätigen Expert/innen von einer steigenden Zahl non-binärer und genderqueerer Jugendlicher im Rahmen der Begleitungsangebote.

„Dadurch, dass die Berichterstattung und soziale Medien und die ganzen Möglichkeiten sich zu informieren stärker sind, gibt's auch immer mehr verschiedene Role-Models. Du kannst viele auch zum Thema non-binary und genderqueer finden. Bei uns führt das jetzt dazu, dass im Moment in unserer Jugendgruppe über die Hälfte non-binär sind und ich habe das Gefühl, dass es eigentlich immer einfacher wird, irgendwo Anschluss zu finden und eine positive Entwicklung zu nehmen.“ (M/Nr.14)

In Anbetracht der Masse an verfügbaren Informationen wiesen einige Expert/innen auf die Wichtigkeit eines kritischen Umgangs mit Medien hin. Den Jugendlichen diesbezüglich Hilfestellung anzubieten, sahen sie als wichtigen Teil ihrer Begleitungsarbeit.

„Und da müssen Jugendliche für sich genauer hinschauen: Wer erzählt mir hier eigentlich was? Was ist denn das hier für ein Format? Was will denn sozusagen die Person hier eigentlich sonst noch verkaufen? Und das ist aber eine Fähigkeit, also sozusagen die Botschaft hinter der Botschaft zu verstehen, die was mit

Reifung und persönlicher Entwicklung zu tun hat. Und wenn Eltern, oder wenn Psychotherapeuten oder Beraterinnen was Gutes tun wollen, dann sollten sie sich mit den Jugendlichen die Dinge mal zusammen anschauen und das ein bisschen auseinanderdröseln, wer da was sieht.“ (M/Nr.15)

Zusammenfassend ist festzustellen, dass ein Großteil von Expert/innen der medialen Präsenz von GI primär positiv gegenüber steht. Insbesondere internetbasierte Medien, beispielsweise YouTube, aber auch Homepages von Elternverbänden oder spezielle Chatrooms für Jugendliche wurden diesbezüglich genannt.

Expert/innen, die primär negativ auf die mediale Präsenz blicken, bezogen sich in ihren Äußerungen meist auf traditionellere Medien, insbesondere Fernsehshows und Filme. Nur eine Person sprach das literarische Feld an und stellte diesbezüglich fest, dass keine ausreichend differenzierten Romane oder Sachbücher zur Thematik verfügbar seien.

5. Diskussion

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die im Rahmen dieser Arbeit gesammelten Daten erlauben eine vielseitige Momentaufnahme aktueller Aspekte der professionellen Begleitung von Jugendlichen mit GI im deutschsprachigen Raum.

Für alle Teilnehmenden stand außer Frage, dass ein Großteil der Jugendlichen mit GI einem erheblichen Leidensdruck ausgesetzt ist und demnach Bedarf und Anrecht auf adäquate Begleitung hat. Äußerst kontrovers diskutierten die Expert/innen in diesem Zusammenhang die Möglichkeit einer medikamentösen Intervention mit PB. In Bezug auf ihre individuelle Einschätzung bezüglich der PB wurden die Teilnehmenden in drei Gruppen eingeteilt: Zwei Expert/innen befürworteten den Einsatz von PB zu keinem Zeitpunkt (Gruppe PB_{nie}), vier Expert/innen befürworteten den Einsatz von PB bei entsprechendem Wunsch der Jugendlichen zu jedem Zeitpunkt (Gruppe PB_{immer}), während die restlichen fünf Expert/innen den Einsatz von PB ausschließlich unter bestimmten Bedingungen unterstützten (PB_{Bedingung}).

Im Rahmen der Befragung wurde eine Fülle unterschiedlicher, den meinungsbildenden Prozess der Expert/innen hinsichtlich des Einsatzes von PB beeinflussenden Faktoren und Hypothesen identifiziert. Diese ließen sich im Rahmen des Analyse-Prozesses in fünf übergeordnete Kategorien eingruppiert. Zentrale Aspekte waren dabei ätiologische und diagnostische Einschätzungen bezüglich der GI, Moral- und Pflichtvorstellungen der involvierten Expert/innen, sowie die Frage, inwiefern Jugendliche mit GI potentiell weitreichende Entscheidungen überblicken können.

Die Expert/innen der Gruppe PB_{nie} berufen sich in ihrer Argumentation primär auf retrospektive Studienergebnisse und warnen vor dem potentiellen Risiko der iatrogen induzierten Persistenz von GI bei Jugendlichen, die eigentlich der Gruppe zukünftiger Desisters zuzuordnen wären. Die Expert/innen der Gruppe PB_{immer} berichten hingegen von den positiven Auswirkungen einer Intervention mit PB sowie den negativen Folgen eines Vorenthaltens von PB auf die akute und zukünftige Lebenssituation der Jugendlichen, und schätzen bestehende Diagnosekriterien als grundsätzlich pathologisierend ein. Ihrer Einschätzung nach sollte die PB allen selbstidentifizierten Jugendlichen mit GI zugänglich gemacht werden.

Für die Expert/innen der Gruppe PB_{Bedingung} stellt die PB nur in besonderen Situationen eine adäquate Intervention dar: Teils wird diagnostische Sicherheit gefordert, teils wird die PB im Sinne einer Ultima Ratio erst dann befürwortet, wenn alle anderen Begleitungsoptionen ausgeschöpft sind.

Neben der Kontroverse um den Einsatz von PB beschäftigten sich die Expert/innen auch mit der zunehmenden medialen Präsenz des Themas GI. Einige Expert/innen sahen dabei primär negative Aspekte, insbesondere wurde eine vereinfachende und dichotome mediale Darstellungsweise der Thematik kritisiert. Andere Expert/innen hingegen schätzten insbesondere internetbasierte Medien als wichtige und aktuelle Informationsquelle für Jugendliche mit GI ein. Sie attestierten den verfügbaren Beiträgen eine große inhaltliche Vielfalt und warnten allenfalls vor einer möglichen Informations-Überflutung der Jugendlichen. Alle Expert/innen diskutierten mögliche Zusammenhänge zwischen den zunehmenden Fallzahlen an Jugendlichen mit GI und der gestiegenen medialen Präsenz der Thematik.

5.2 Diskussion Methoden: Stärken und Limitationen

5.2.1 Verwendung qualitativer Forschungsmethoden

Um dem Anspruch des Forschungsvorhabens gerecht zu werden – nämlich einer möglichst tiefgreifenden und multidimensionalen Auseinandersetzung mit aktuell vorherrschenden Expert/innen-Einschätzungen bezüglich der adäquaten Begleitung von Jugendlichen mit GI im deutschsprachigen Raum – bot sich der Einsatz qualitativer Forschungsmethoden an. Diese finden zunehmend Anwendung auch im medizinischen und psychologischen Kontext und erlauben insbesondere die Erforschung unzureichend verstandener und kontrovers diskutierter Themen (Poses and Isen, 1998; Sofaer, 1999; Herrmann and Flick, 2009).

In Bezug auf Jugendliche mit GI liegen bis dato bereits zwei qualitative Studien vor, welche zentral die (medikamentösen) Therapieoptionen für Jugendliche mit GI aus Expert/innen-Sicht diskutieren (Rutzen *et al.*, 2014; Vrouwenraets *et al.*, 2015). Eine weitere Studie analysiert die Thematik aus direkter Sicht von Jugendlichen welche bereits eine PB erhalten haben (Vrouenraets *et al.*, 2016). Alle drei Studien setzen sich jedoch entweder gar nicht oder nur unzureichend mit der Kontroverse um den Einsatz von PB im deutschsprachigen Raum auseinander. Dementsprechend kann die hier

vorgelegte Arbeit auch als eine mögliche Ergänzung des aktuellen PB-spezifischen Diskurses gewertet werden.

Insgesamt elf Expert/innen wurden in die Befragung eingeschlossen. Gemessen an Stichprobengrößen im Rahmen quantitativer Studien handelt es sich hierbei um eine geringe Anzahl Teilnehmender, im Kontext qualitativer Methoden ist diese Stichprobe jedoch als völlig ausreichend einzuschätzen (Broom, 2005).

5.2.2 Das problemzentrierte Interview als Erhebungstechnik

Interviews stellen eine häufige Form der Datenerhebung im Rahmen qualitativer Forschungsansätze dar. Nach Konsultation unterschiedlicher Standardwerke bezüglich qualitativer Methoden schien das PZI am besten zur differenzierten Auseinandersetzung mit dem Forschungsschwerpunkt geeignet. Durch die dieser Interview-Form zugrundeliegenden Prinzipien der Gegenstands-, Problem- und Prozessorientierung erlaubt das PZI einen offenen und gleichzeitig mittels Leitfäden und der zusätzlichen Verwendung soziodemographischer Fragebögen teilstandardisierten Zugang zu gesellschaftlichen Problemfeldern.

Das PZI stellt eine Form des Einzelinterviews dar und ermöglicht somit die Etablierung einer persönlichen Gesprächsatmosphäre. Insbesondere in Bezug auf sensible und kontrovers diskutierte Inhalte kann dies hilfreich sein (Witzel, 2000). Hinsichtlich der teils hochgradig divergenten Einschätzungen der teilnehmenden Expert/innen bezüglich der Verwendung von PB hätte die ergänzende Durchführung von Gruppeninterviews sicherlich einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn bedingen können. Dies ließ sich aufgrund geographischer Gegebenheiten sowie zeitlicher Verpflichtungen der Teilnehmenden jedoch leider nicht bewerkstelligen.

Ebenfalls aufgrund geographischer Gegebenheiten konnten einige der Interviews nicht persönlich, sondern ausschließlich per Telefon erfolgen. Möglicherweise bedingte dies eine weniger persönliche und folglich angespanntere Atmosphäre und führte letztlich zu einem weniger tiefgreifenden Gesprächsverlauf. Dementgegen steht jedoch die Tatsache, dass bezogen auf die Anzahl der im Rahmen der Analyse pro Interview vergebenen Kodierungen im Durchschnitt (wenn auch nur unwesentlich) mehr Kodierungen für telefonisch geführte Gespräche als für persönlich geführte Gespräche vergeben wurden (durchschnittlich 150 Kodierungen für telefonische Interviews, durchschnittlich 141 Kodierungen für persönliche Interviews).

5.2.3 Transkription und zusammenfassendes Protokoll als Aufbereitungstechnik

Die Transkription der digital aufgezeichneten Gespräche erfolgte möglichst unmittelbar im Anschluss an die Interviews. Da die mit der Transkription betraute Doktorandin im weiteren Verlauf auch den Großteil der Datenanalyse erbrachte, ermöglichte der Prozess des Transkribierens nicht nur eine intensive Rekapitulation der zuvor geführten Interviews, sondern auch eine erste inhaltliche Auseinandersetzung mit den Gesprächsinhalten. Parallel zur Transkription wurden demnach bereits erste Analyse- und Theorie-Memos verfasst. Im Anschluss an die Transkription wurde eine knappe Zusammenfassung der von der Doktorandin identifizierten wichtigsten Gesprächspunkte angefertigt. In Anlehnung an das Gütekriterium der kommunikativen Validierung wurde dieses Dokument an die jeweiligen Expert/innen übersandt, kombiniert mit der Bitte um Rückmeldung und Ergänzung. Die insgesamt zeitnahe Datenaufbereitung ermöglichte einerseits ein effektives Ineinandergreifen von Datenerhebung und -analyse und verfolgte außerdem das Motiv, dass die jeweiligen Expert/innen sich noch bestmöglich an das erfolgte Interview erinnerten, wenn Ihnen die Zusammenfassung übersandt wurde.

Limitierend ist zu erwähnen, dass es im Falle eines einzelnen Interviews weder zu einer unmittelbaren Datenaufbereitung noch -analyse kam. Grund hierfür war die zunächst von der Arbeitsgruppe getroffene Einschätzung, dass der Punkt der theoretischen Sättigung im Rahmen des Forschungsprozesses bereits erreicht sei und die Analyse eines weiteren Interviews somit keinerlei inhaltlichen Mehrwert erbrächte. Im Verlauf stellte sich jedoch heraus, dass besagtes Interview sehr wohl noch einige interessante Aspekte beinhaltete. Dementsprechend wurde das Gespräch mehrere Monate nach der Aufzeichnung doch noch transkribiert und kodiert. Aufgrund der langen Zeitspanne zwischen Datenerhebung und -analyse wurde in diesem Fall auf die kommunikative Validierung mittels Kurzzusammenfassung verzichtet, da davon auszugehen war, dass der/die jeweilige Expert/in sich nicht mehr ausreichend lebhaft an das Gespräch erinnerte.

5.2.4 Grounded Theory als Auswertungstechnik

Die Grounded Theory erlaubte einen offenen und flexiblen Forschungsprozess. Im Rahmen dieser Methode der konstanten Vergleiche wirkte sich die Analyse dabei direkt auf die Erhebung der Daten aus. Gemäß dem Prinzip der

Gegenstandsorientierung ermöglichte die Grounded Theory einen Forschungsprozess, der maximal am Forschungssubjekt ausgerichtet war. Dementsprechend wurde der Interview-Leitfaden auch mehrmals im Rahmen der Befragung überarbeitet und angepasst, und die Kontroverse um den Einsatz der PB rückte zunehmend in den Vordergrund der Befragung, während andere Themen – beispielsweise das Körpererleben von Jugendlichen mit GI – in den Hintergrund traten. Einerseits ermöglichte diese beständige Evolution von Datenerhebung und -analyse die Validierung und Verfeinerung sich formierender Theorien, andererseits bedingte diese Methode jedoch, dass einige der im Verlauf als zentral identifizierten thematischen Aspekte im Rahmen der ersten Interviews gar nicht oder nicht hinreichend thematisiert worden waren.

Als große Limitation des gesamten Forschungsprozesses ist die Tatsache zu werten, dass lediglich eine Doktorandin mit Datenerhebung und -analyse betraut war. Qualitative Forschung und insbesondere die Prinzipien der Reflexivität und Explikation profitieren maßgeblich vom Input und der Analyse durch unterschiedliche Wissenschaftler/innen. Aufgrund mangelnder personeller Ressourcen war die fundierte Einarbeitung in das Datenmaterial durch ein weiteres Mitglied der Arbeitsgruppe jedoch nicht realisierbar. Um diese Limitation des Analyseprozesses möglichst adäquat zu adressieren, wurde die Befragung zweimalig im Rahmen qualitativer Forschungskolloquien vorgestellt und kritisch mit thematisch unbeteiligten, jedoch methodisch erfahrenen Wissenschaftler/innen diskutiert. Das so gesammelte Feedback wurde im Anschluss in der Arbeitsgruppe rekapituliert und in den weiteren Forschungsprozess eingearbeitet.

5.2.5 Ergänzung des Auswertungsprozesses mittels des Toulmin-Modells

Bereits frühzeitig war die Komplexität der von den Expert/innen verwendeten Argumentationsstrukturen in Zusammenhang mit der PB zu erahnen. Dementsprechend wurde die Fachliteratur bezüglich Analysemodellen im wissenschaftstheoretischen Kontext konsultiert. Die Methode nach Toulmin stellt dabei eine etablierte Möglichkeit der Argumentationsanalyse dar und erlaubt die schematische Aufarbeitung komplizierter rhetorischer Ausführungen. Indem Begründungen und Begründungs-Stützen – welche sonst nicht selten impliziter Bestandteil von Argumentationen sind – einen wichtigen Bestandteil dieses Modells

darstellen, eignet es sich besonders zur Auseinandersetzung mit kontroversen Fragestellungen (Kneupper, 1978).

Im Rahmen des Forschungsprozesses ermöglichte das Toulmin-Modell nicht nur einen zusätzlichen schematischen Zugang zum Analyseprozess, sondern wurde gemäß des Konzepts der Triangulation auch ganz bewusst zur Überprüfung der sich formierenden Theorien verwendet.

5.2.6 Partizipative Aspekte qualitativer Forschung

Gemäß des Gütekriteriums der Gegenstandsnahe beinhalten qualitative Methoden nicht selten auch partizipative Forschungsansätze. Mit dem Ziel, „soziale Wirklichkeit zu verstehen und zu verändern“, werden gesellschaftliche Akteur/innen dabei als gleichberechtigte Co-Forscher/innen begriffen (von Unger, 2014). Soll im Rahmen qualitativer Interviews beispielsweise die Lebensrealität einer bestimmten Personengruppe erforscht werden, so bietet sich bei der Entwicklung des jeweiligen Interview-Leitfadens die enge Zusammenarbeit mit einem Menschen aus eben der zu beforschenden Personengruppe an.

Die Tatsache, dass an der Planung und Analyse der hier vorgestellten Befragung ausschließlich cis-Menschen beteiligt waren, wurde retrospektiv als Limitation wahrgenommen. Dementsprechend wird im Hinblick auf eine mögliche Folgebefragung von Jugendlichen mit GI eine Beteiligung von geschlechtsinkongruenten/trans*-Menschen bereits im Rahmen der Planungsphase anvisiert.

5.2.7 Zusammenfassung: Verwendete Methoden und Gütekriterien qualitativer Forschung

Tabelle 3 fasst die praktische Umsetzung der unter *Punkt 3.2* aufgeführten Gütekriterien qualitativer Forschung im Rahmen der hier vorgelegten Befragung zusammen.

Gütekriterium	Praktische Umsetzung
Verfahrensdokumentation	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßiges Verfassen unterschiedlicher Memo-Kategorien sowie eines Forschungstagebuchs, schriftliches Festhalten der Leitfaden-Evolution, Kodierung mittels spezifischer Analyse-Software (MAXQDA Version 11 und 12) - Verfügbarmachung von Kodier-Strategien im Rahmen von Forschungskolloquien und Arbeitsgruppentreffen

Argumentative Interpretationsabsicherung	<ul style="list-style-type: none"> - Intensive theoretische Einarbeitung der Doktorandin - Überprüfung der entstehenden Konzepte und Theorien mittels unterschiedlicher Analyse-Tools und im kritischen Diskurs mit anderen qualitativ Forschenden - Rücküberprüfung neuer Erkenntnisse anhand bereits geführter und analysierter Interviews - Schriftliche Rückfragen an befragte Expert/innen bei interpretativer Unsicherheit
Regelgeleitetheit	<ul style="list-style-type: none"> - Verwendung etablierter Erhebungs- und Analyse-Paradigmata (vgl. Glaser and Strauss, 1967; Witzel, 2000; Toulmin, 2003) - Orientierung an den Kennzeichen und Gütekriterien qualitativer Forschung
Nähe zum Gegenstand	<ul style="list-style-type: none"> - PZI als Form des Einzelinterviews, nach Möglichkeit Gespräche an einem Ort der Wahl der Expert/innen und Eingehen auf methodische Wünsche (beispielsweise Teilnahme via Fragebogen statt Interview) - Analyse via Grounded Theory und beständige Anpassung des Interview-Leitfadens
Kommunikative Validierung	<ul style="list-style-type: none"> - Paraphrasierungen und Rückfragen durch Doktorandin im Rahmen der Interviews - Erstellen schriftlicher Kurzzusammenfassung und Übersendung an Expert/innen mit Bitte um Rückmeldung/ Ergänzung - Teilnahme an Forschungskolloquien
Triangulation	<ul style="list-style-type: none"> - Einschluss von Expert/innen unterschiedlicher professioneller Hintergründe und Arbeitsorte in die Befragung - Verbindung offener Interviewverfahren mit soziodemographischen Fragebögen - Einsatz unterschiedlicher Analyseverfahren: Grounded Theory vs. Toulmin-Modell

Tabelle 3: Adressierung der Gütekriterien qualitativer Forschung im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit

5.3 Diskussion Ergebnisse

5.3.1 Teilnehmende Expert/innen und interkollegiale Spannungen

Zahlreiche wissenschaftliche Publikationen thematisieren die unbedingte Wichtigkeit multiprofessioneller Zusammenarbeit bei der Begleitung von Jugendlichen mit GI. Gleichzeitig sind sämtliche bis dato verfügbaren qualitativen Studien zur Thematik auf die alleinige Befragung von Ärzt/innen und Psycholog/innen beschränkt (Rutzen *et al.*, 2014; Vrouenraets *et al.*, 2015). Um das Spektrum der tatsächlich bestehenden Multiprofessionalität adäquat abzubilden, wurden im Rahmen dieser Forschungsarbeit neben den bereits erwähnten Professionen explizit auch Mitarbeitende von LGBTI-

oder Trans*-Beratungszentren als Expert/innen identifiziert und kontaktiert, drei von ihnen nahmen letztlich an der Befragung teil.

Insgesamt können die unterschiedlichen Professionen und theoretischen Hintergründe der Befragten sicherlich als ein Einflussfaktor auf unterschiedliche Einschätzungen und Herangehensweisen an das Thema der GI gewertet werden. Zwei der Teilnehmenden sind zudem selbst trans*-Personen und blickten demnach in ihrer Rolle als Peer-Berater/innen nicht ausschließlich aus der Außenperspektive auf die Thematik.

Grundsätzlich stützen die Erfahrungen der teilnehmenden Expert/innen sich auf unterschiedliche Ausgangssituationen in der Begleitung: Teils wurden Jugendliche nur einmalig zwecks diagnostischen Prozederes getroffen, teils wurden Jugendliche aber auch über mehrere Jahre hinweg niederschwellig im Rahmen von trans*-Jugendgruppen begleitet. Diese Tatsache kann im Rahmen des qualitativen Forschungsprozesses einerseits als Bereicherung gewertet werden, da das Thema in Anlehnung an die Prinzipien der Offenheit und Flexibilität möglichst vielseitig beforscht wurde. Andererseits bedingte die Varianz der Teilnehmenden und die damit verbundenen unterschiedlichen Settings der Begleitung auch eine geringere Vergleichbarkeit der Gespräche. So tangierten offenbar nicht alle beforschten Aspekte die Expert/innen in gleichem Maße, die Auseinandersetzung mit kontrovers diskutierten Hypothesen und Theorien präsentierte sich beispielsweise für einige der Expert/innen als zentral, während andere Expert/innen dem wissenschaftlichen Diskurs weniger intensiv zu folgen schienen.

Ausnahmslos alle teilnehmenden Expert/innen waren in Großstädten tätig. Sicherlich wäre – insbesondere in Anbetracht der geäußerten Versorgungsungleichheit innerhalb des deutschsprachigen Raumes – auch die Befragung von Expert/innen, welche im kleinstädtischen oder ländlichen Raum arbeiten, von Interesse gewesen. Die Tatsache, dass trotz intensiver Recherche keine solchen Expert/innen identifiziert werden konnten, könnte als Indiz dafür gewertet werden, dass Begleitungsangebote für Jugendliche mit GI aktuell noch auf den großstädtischen Raum beschränkt sind.

Angesichts einer Rücklaufquote von unter 50% (von 26 kontaktierten Expert/innen und Beratungszentren erklärten sich lediglich 11 zur Teilnahme bereit) waren letztlich leider nicht alle der traditionell im deutschsprachigen Raum etablierten Sprechstunden und Institutionen im Rahmen der Befragung vertreten.

Bereits im Rahmen der Kontaktaufnahme mit potentiellen Expert/innen zeichnete sich das gespannte Verhältnis zwischen einzelnen in der Begleitung von geschlechtsinkongruenten Jugendlichen involvierten Menschen und Institutionen ab. Insbesondere Mitarbeitende von LGBTI- oder Trans*-spezifischen Beratungsstellen schienen einer Teilnahme an der Befragung skeptisch gegenüber zu stehen, mehrere Absagen thematisierten dabei explizit die Besorgnis gegenüber eines potentiell pathologisierenden und diskriminierenden Forschungsansatzes. Letztlich ist auch die nachträgliche Konsens-Rücknahme zur Studienteilnahme durch die bereits erwähnte Gruppe von Expert/innen im Rahmen dieser Besorgnis einzuordnen.

Tatsächlich waren trotz mehrmaliger Nachfrage auch viele Mitarbeitende universitärer Sprechstunden nicht für eine Interview-Teilnahme zu gewinnen. Ob diese Tatsache ausschließlich der allorts großen Arbeitslast geschuldet ist, oder möglicherweise als Ausdruck der Spannungen zwischen den unterschiedlichen Instituten und Akteur/innen zu werten ist (vgl. *Punkt 2.2.1*), bleibt zu diskutieren.

Eine qualitative Studie, welche internationale Expert/innen (vier davon aus Deutschland) zur optimalen Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit GI befragt hatte, kam 2014 zu dem Schluss, dass weltweit keinerlei Kontroverse mehr um die prinzipielle Verwendung der PB bestünde (siehe *Punkt 2.8*, und Rutzen *et al.*, 2014). Interessanterweise wurde diese Studie von einer Gruppe deutscher Forscher/innen durchgeführt und zwar zu einem Zeitpunkt, als sehr wohl anhand wissenschaftlicher Publikationen sowie der Ausführungen in der AWMF-Leitlinie die Existenz einer Kontroverse um den Einsatz von PB in Deutschland zu belegen war (vgl. Korte *et al.*, 2008; Meyenburg *et al.*, 2013).

Dass die Kontroverse um den Einsatz von PB aktuell noch immer durchaus vorhanden ist und eine zentrale Rolle im deutschsprachigen Diskurs um die adäquate Begleitung von Jugendlichen mit GI einnimmt, stand im Rahmen der hier vorgestellten Forschungsarbeit bereits früh außer Frage. Nicht nur verwendeten sämtliche Teilnehmenden einen erheblichen Anteil der Gesprächszeit auf die Darlegung ihrer individuellen Einschätzungen zu PB, auch kritisierten mehrere Personen ganz explizit andere Expert/innen, welche divergente Meinungen bezüglich der medikamentösen Therapie von Jugendlichen mit GI vertraten.

Mehrere Expert/innen verbalisieren bezüglich der vorherrschenden Kontroverse immer wieder die Wichtigkeit eines konstruktiven und regelmäßigen Austausches zwischen einzelnen Akteur/innen in der Begleitung von Jugendlichen. Es gab jedoch

auch Teilnehmende, die opponierenden Expert/innen mangelnde Selbstreflexion, Feigheit und Diskriminierung vorwarfen. In diesen Fällen schien ein konstruktiver Austausch in der Praxis schwer vorstellbar. Die Leidenschaftlichkeit und Emotionalität, mit welcher die Kontroverse um den Einsatz von PB angegangen wurde, schien dabei ortsabhängig. In drei Fällen waren mehrere der befragten Expert/innen in ein und derselben Stadt tätig. Handelte es sich hierbei ausschließlich um Expert/innen der Gruppen PB_{immer} und/ oder PB_{Bedingung}, so wurde die Kontroverse um den Einsatz von PB meist aus primär hypothetischer Perspektive diskutiert – die Teilnehmenden kannten und schätzten sich untereinander, berichteten von einer insgesamt guten Begleitung der Jugendlichen und einem konstruktiven interdisziplinären Umgang zwischen den einzelnen beteiligten Akteur/innen. In einer Stadt hingegen, in der sowohl Expert/innen der Gruppe PB_{immer} als auch der Gruppe PB_{nie} tätig waren, präsentierte sich die Kontroverse um den Einsatz von PB weit aktueller und angespannter. Keine/r der Befragten dieser Konstellation erwähnte ein positives Miteinander mit anderen lokalen Expert/innen.

Während analog zu Zitat *P/Nr.1 (S.62)* sämtliche Befragten eine eigene Meinung bezüglich der PB vertraten, waren tatsächlich nur fünf der teilnehmenden Expert/innen befähigt, diese Intervention auch zu verschreiben und demnach praktisch zu initiieren. Ob und inwiefern diese Tatsache möglicherweise die Einschätzung oder Freizügigkeit in der Befürwortung einer PB beeinflusste, lässt sich aufgrund der zu geringen Teilnehmerzahlen im Rahmen dieser Befragung nicht evaluieren. Auch andere mögliche Einflussfaktoren auf den meinungsbildenden Prozess der Expert/innen, beispielsweise die Erfahrungsjahre in der Begleitung von Jugendlichen mit GI, das eigene Alter oder Geschlecht, konnten im Rahmen der hier vorgelegten Arbeit nicht erforscht werden. Zu diesem Zweck bieten sich in Zukunft möglicherweise quantitative Forschungsansätze an.

5.3.2 Kontroverse um den Einsatz von PB

Die fünf im Rahmen dieser Untersuchung identifizierten Konzepte mit Auswirkung auf den meinungsbildenden Prozess bezüglich des Einsatzes von PB weisen inhaltlich große Ähnlichkeiten zu den sieben von Vrouenraets et. al (Vrouenraets *et al.*, 2015) in diesem Zusammenhang beschriebenen Motiven auf.

Dabei gilt es festzustellen, dass die wenigsten der durch die Befragten angeführten Argumente sich ausschließlich einer der Kategorien zuordnen lassen. Vielmehr

tangieren die meisten Einschätzungen mehrere Kategorien gleichzeitig oder gehen fließend ineinander über. Als Beispiel seien hier Zitat K5/Nr. 11 (S.61) und Zitat K5/Nr.9 (S.60) genannt, die beide nicht nur den diagnostischen Prozess und Autonomieeinschätzungen bezüglich Jugendlicher mit GI thematisieren, sondern auch übergeordnete Fragen der Moral adressieren. Die im Rahmen dieser Untersuchung durchgeführte Kategorisierung der Argumente stellt somit ein letztlich artifizielles Vorgehen dar, welches einerseits den Analyseprozess überhaupt erst ermöglichte, andererseits jedoch dem komplexen Aufbau und Gefüge einzelner Argumentationsstrukturen nur bedingt gerecht werden konnte.

Trotz ausführlicher Auseinandersetzung mit den Daten fügen sich in einigen Fällen die angeführten Argumente und Einschätzungen der Expert/innen nicht unbedingt zu einem durchgehend schlüssigen Bild. So erklärt eine Person beispielsweise, dass die Begleitung von Jugendlichen mit GI einen „relativ offenen Prozess“ darstellen sollte, gleichzeitig definiert diese/r Expert/in jedoch das übergeordnete Ziel einer „Aussöhnung“ mit dem biologischen Geschlecht. Eine andere Person beschreibt die Hypothese der aufgehobenen psychosexuellen Entwicklung unter PB einerseits als durchaus möglich, erklärt jedoch andererseits, dass die Langfristigkeit von GI mittels diagnostischer Mittel gesichert werden könne, und wertet das Nichtvorhandensein von Dropouts als Indiz der erfolgreichen Diagnosesicherung. Während diese Person die PB als „Herumpfuscheri“ bezeichnet, ist sie doch in Einzelfällen bereit diese Intervention zu unterstützen.

Auch die Autor/innen einer anderen qualitativen Befragung berichten über das Vorhandensein nicht vollends logischer Argumentationsstrukturen in Bezug auf den Einsatz von PB. Sie beschreiben eine Gruppe von „agnostischen Befragten“ und bringen diese einerseits mit Offenheit und Flexibilität in Bezug auf therapeutische Einzelfälle in Zusammenhang, diskutieren andererseits jedoch auch eine möglicherweise resultierende Gefahr von Willkür in der Begleitung (Rutzen *et al.*, 2014).

5.3.2.1 Klinik und Literatur als Einflussfaktoren auf die Meinungsbildung

Zwei zentrale Argumente gegen den Einsatz von PB, welche insbesondere von den Expert/innen der Gruppe PB_{nie} angeführt werden – das Argument der durch PB iatrogen induzierten Persistenz einer GI, und das Argument der durch PB aufgehobenen psychosexuellen Entwicklung – fußen maßgeblich auf

wissenschaftlichen Studien, welche hohe Quoten an Desisters und gleichzeitig das Nichtvorhandensein von Therapieabbrüchen unter PB beschreiben. Dabei haben die Expert/innen der Gruppe PB_{nie} im Rahmen ihrer Karriere bis dato selbst keinerlei klinische Erfahrung mit der Intervention der PB gemacht. Der meinungsbildende Prozess dieser Expert/innen ist also primär durch Hypothesen und Theorien beeinflusst, welche ausschließlich anhand wissenschaftlicher Publikationen und Diskussionen entwickelt wurden.

Tatsächlich erklären mehrere Expert/innen der Gruppe PB_{Bedingung}, dass die Argumente der iatrogen induzierten Persistenz und/ oder der aufgehobenen psychosexuellen Entwicklung im Rahmen einer PB nicht von der Hand zu weisen seien (vgl. *K3/Nr.7* und *K3/Nr.8*, S.52). Jedoch setzen diese Befragten die theoretisch diskutierten Risiken einer PB grundsätzlich in den Zusammenhang ihrer klinischen Erfahrungen mit dieser Intervention. Immer wieder wird dabei auf besonders eindrückliche und durch die PB positiv beeinflusste Begleitungsverläufe verwiesen (vgl. *K4/Nr.1-4*, S.55-56) sowie auf die Tatsache, dass ein Vorenthalten von PB keinesfalls folgenlos bleibe, sondern zahlreiche negative Entwicklungen nach sich ziehe (vgl. *K4/Nr.11-13*, S. 58 und *K3/Nr.7*, S.52). Eine Person schilderte den Wandel der eigenen Meinung und führte diesen maßgeblich auf die klinischen Erfahrungen mit PB zurück (vgl. *K4/Nr.10*, S.57).

Zentraler Argumentationspunkt der Expert/innen der Gruppen PB_{Bedingung} und PB_{immer} ist dabei stets die offenbar bestehende Divergenz zwischen der von den Kritikern zur Theoriebildung verwendeten Datenlage und der klinisch vorherrschenden Realität bezüglich des Einsatzes von PB.

Dabei wird die Methodik der Studien, auf welche die Expert/innen der Gruppe PB_{nie} sich im Rahmen ihrer Theoriebildung beziehen, durch zahlreiche Expert/innen kritisiert und/ oder hinterfragt. Mehrere Personen stellen fest, dass die in der Literatur beschriebenen hohen Prozentzahlen an Desisters im Hinblick auf ihre eigene klinische Erfahrung nicht nachvollziehbar sind (vgl. *K2/Nr.4-6*, S.46). Ebenfalls wird das in den wissenschaftlichen Publikationen erörterte Nichtvorhandensein von Dropouts unter PB in Frage gestellt: Zwei der befragten Expert/innen haben im Rahmen ihrer Tätigkeit bereits Jugendliche begleitet, die sich zu einem Therapieabbruch unter PB entschieden (vgl. *K3/Nr.3*, S.50). Weitere zwei Expert/innen erwähnen zusätzlich Abbrüche im Rahmen einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie nach bereits erfolgter PB (vgl. *K3/Nr.4* und *5*, S.51). Auch diese Population von Dropouts ist in den

diskutierten Studien kaum bis gar nicht beschrieben (Drummond *et al.*, 2008; Wallien and Cohen-Kettenis, 2008; Steensma *et al.*, 2011; Steensma, McGuire, *et al.*, 2013). Die Tatsache, dass im Rahmen der hier vorgestellten Befragung zwei von elf teilnehmenden Expert/innen persönlich Therapieabbrüche unter PB begleitet haben, wirft tatsächlich die Frage auf, ob und in wie fern sich die Realität bezüglich Dropouts im deutschsprachigen Raum mit den primär aus den Niederlanden stammenden publizierten Daten deckt.

Es scheint offenbar, dass lokale Erfahrungswerte und Fallzahlen vorliegen, welche die kontroverse Debatte um den Einsatz von PB relevant tangieren. Unglücklicherweise sind diese Erfahrungswerte und Fallzahlen zum aktuellen Zeitpunkt jedoch nicht publiziert und somit auch nicht dem wissenschaftlichen Diskurs zugänglich.

In der Zeitspanne zwischen Datenerhebung und Verfassen dieser Monographie wurde tatsächlich eine erste Studie publiziert, welche ebenfalls das Vorhandensein von Dropouts – wenn auch in äußerst geringem Maße – unter PB beschreibt (Wiepjes *et al.*, 2018). Inwiefern andere Arbeitsgruppen und Expert/innen diese Befunde stützen können, bleibt abzuwarten.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, welche Expert/innen aufgrund ihres Tätigkeits-Settings überhaupt Therapieabbrüche von Jugendlichen beobachten können. So schien der Fokus universitärer Sprechstunden primär auf dem diagnostischen Prozess zu liegen, mehrheitlich wurden die Jugendlichen im Anschluss langfristig bei ambulant tätigen Kolleg/innen angebunden. Es ist also zu vermuten, dass viele der universitär tätigen Expert/innen oftmals nicht den langfristigen Werdegang der Jugendlichen weiterverfolgen. Gleichzeitig bezieht sich die überwältigende Mehrheit an wissenschaftlichen Publikationen zur Begleitung von Jugendlichen mit GI auf Daten universitärer Sprechstunden. Eine Untersuchung, welche niedergelassene Psychotherapeut/innen oder andere, langfristig in die Begleitung involvierte Professionsgruppen bezüglich Dropouts befragt, könnte diesbezüglich möglicherweise neue Erkenntnisse erbringen.

5.3.2.2 *Pflicht- und Moralvorstellungen als Endpunkt des meinungsbildenden Prozesses*

Mehrere der befragten Expert/innen stimmen überein, dass der langfristige Lebensweg von Jugendlichen mit GI nicht gänzlich vorhersehbar ist und mögliche

Auswirkungen einer PB auf diesen Lebensweg – zumindest nach aktuellem Forschungsstand – weder beleg- noch widerlegbar sind.

Die Expert/innen der Gruppe PB_{nie} verbalisieren dabei die klare Besorgnis vor folgenreichen therapeutischen Fehlentscheidungen. Ihrer Meinung nach ist es weder den Jugendlichen selbst, noch den jeweiligen Eltern und Begleitenden möglich, die langfristigen Auswirkungen einer PB adäquat abzuschätzen. Mit zusätzlichem Verweis auf die Hypothesen der iatrogen induzierten Persistenz und aufgehobenen psychosexuellen Entwicklung lehnen die Expert/innen der Gruppe PB_{nie} diese Interventionsmöglichkeit demnach kategorisch ab. Im Sinne des ärztlichen Grundsatzes „Schutz vor Schaden“ sehen sie sich primär der Gruppe an potentiellen Desisters verpflichtet.

Auch die Expert/innen der Gruppe PB_{Bedingung} beschäftigen sich ausgiebig mit der Frage, ob und wann die Intervention der PB gerechtfertigt ist. Drei Expert/innen erklären diesbezüglich – entgegen der Einschätzungen anderer Befragter – dass die Diagnose einer GI sehr wohl langfristig gesichert werden könne. Dabei verweisen diese Personen auf einen ausführlichen und multipersonellen diagnostischen Vorgang. Der Glaube an eine sichere Diagnosestellung enthebt diese Expert/innen möglicherweise von der Angst vor therapeutischen Fehlentscheidungen. Analog hierzu wurde dem oft beschriebenen multipersonellen Diagnoseprozesses vonseiten anderer Autor/innen die Funktion der „Angstregulation“ zugeordnet: Indem mehrere Akteur/innen an Diagnosestellung und Therapieempfehlung beteiligt seien, wiege die Verantwortung der Entscheidungsfindung weniger schwer für die einzelnen Beteiligten (Rutzen *et al.*, 2014).

Andere Expert/innen glauben nicht an endgültige diagnostische Sicherheit und halten die Hypothesen der Gruppe PB_{nie} auch für durchaus relevant. Im Sinne einer Ultima Ratio sind diese Personen jedoch – nach Scheitern aller nichtmedikamentösen Optionen – bereit, das Verhindern von aktuell bestehendem Leid *über* den Schutz vor einer möglicherweise zukünftigen iatrogenen Persistenz zu priorisieren (vgl. K3/Nr.7 und 8, S.52).

Die Tatsache, dass einige der Expert/innen im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit Therapieabbrüche unter PB oder gegengeschlechtlicher Hormontherapie beobachtet haben und keiner dieser Therapieabbrüche mit einem Bereuen vonseiten der entsprechenden Personen mit GI einherging, könnte einigen Expert/innen die Entscheidung zugunsten der PB zusätzlich erleichtern. So werden die Dropouts unter

PB als Beweis für die tatsächliche Reversibilität dieser Intervention interpretiert. Die Tatsache, dass keine der Therapieabbrecher/innen die vormals getroffenen Entscheidungen im Verlauf zu bereuen schienen, könnte zusätzlich so ausgelegt werden, dass sogar im Falle diagnostischer Fehlentscheidungen letztlich keine langfristigen negativen Folgen für die Jugendlichen zu erwarten sind. Sicherlich jedoch sind die im Rahmen dieser Befragung beschriebenen Dropouts nicht annähernd zahlreich genug, um repräsentativ für alle Therapieabbrüche und damit verbundenes Bereuen zu stehen. Auch ist es durchaus möglich, dass geschlechtsinkongruente Menschen ehemalige Interventions-Entscheidungen bereuen, dies aber nicht im Rahmen von Sprechstunden thematisieren. Eine aktuelle Studie beschreibt – bezugnehmend auf sämtliche verfügbaren medikamentösen und operativen Verfahren – ein Bereuen nach Intervention bei 0,5% aller Menschen mit GI. Dabei dauerte es durchschnittlich mehr als zehn Jahre, bevor das jeweilige Bereuen verbalisiert wurde (Wiepjes *et al.*, 2018). Entsprechend dieser Erkenntnisse wäre es also durchaus möglich, dass die im Rahmen dieser Befragung erwähnten Dropouts in Zukunft doch noch mit Bereuen auf ehemals getroffene Entscheidungen zurückblicken.

Die Expert/innen der Gruppe PB_{immer} haben im Rahmen ihrer Tätigkeit keine Dropouts betreut. Sie erklären, sich – selbst in Anbetracht möglicher diagnostischer Unsicherheit – primär den Bedürfnissen der Jugendlichen im Hier und Jetzt verpflichtet zu fühlen (vgl. K3/Nr.9, S. 52). Dabei beschreiben sie die Selbstdefinitionen und Wünsche der einzelnen Jugendlichen als zentrale Leitschiene für ihre Arbeit (vgl. K2/Nr.12, S.48). Diese Herangehensweise, bei der die Begleitenden primär in informativer und unterstützender Funktion agieren, niemals jedoch den Zugang zu möglichen Interventionen verwehren oder reglementieren, deckt sich mit den Grundideen des sogenannten „Informed Consent Model of Transgender Care“. Dieses Begleitungs-Modell wurde mit dem Ziel, pathologisierende Barrieren bezüglich Interventionen bei GI abzubauen, entwickelt. Dabei ist die Verfügbarkeit von Interventionen ausschließlich an die Fähigkeit zum Informed Consent vonseiten der geschlechtsinkongruenten Personen gebunden, nicht jedoch an das Erfüllen gängiger Diagnosekriterien (Schulz, 2018). Das „Informed Consent Model of Transgender Care“ findet seit mehreren Jahren bereits Anwendung in einzelnen nordamerikanischen Sprechstunden und wird zunehmend auch im Rahmen wissenschaftlicher Studien thematisiert, im deutschsprachigen Raum scheint es jedoch nicht eingesetzt zu werden (Deutsch, 2012; Cavanaugh, Hopwood and Lambert, 2016).

In direktem Zusammenhang mit dem Stichwort des Informed Consent steht auch die von den Expert/innen der Gruppe PB_{nie} bezweifelte Entscheidungsautonomie von Jugendlichen mit GI. Tatsächlich beruft sich der Großteil der restlichen Expert/innen auf die Reflektiertheit auch bezüglich potentiell weitreichender Entscheidungen. Analog zu dieser Einschätzung beschreibt eine qualitative Studie, dass die Jugendlichen selbst teils skeptischer und restriktiver gegenüber der Möglichkeit einer PB eingestellt seien, als manche involvierte Expert/innen (Vrouenraets *et al.*, 2016).

Möglicherweise sind Einschätzungen bezüglich des Ausmaßes an Schutzbedürftigkeit von Jugendlichen mit GI als Basis der gesamten Kontroverse um den Einsatz von PB anzusehen: Sind akut geschlechtsinkongruente und demnach von hohem Leidensdruck geplagte Jugendliche schutzbedürftiger als die Gruppe der potentiellen zukünftigen Desisters?

Tatsächlich lassen die Leidenschaft und Emotionalität, mit der sämtliche befragten Expert/innen unterschiedliche Aspekte dieser Debatte diskutieren, zum jetzigen Zeitpunkt keine baldige Konsensfindung bezüglich des Einsatzes von PB im deutschsprachigen Raum erhoffen. Das Ausmaß der Nachdrücklichkeit, mit der die Expert/innen dabei bezüglich der Kontroverse argumentierten, darf jedoch auch als Zeugnis dafür gewertet werden, dass alle beteiligten Expert/innen letztlich die bestmögliche Begleitung von Jugendlichen mit GI anstreben. Dieses Handlungsmotiv gilt es im Hinblick auf künftige Debatten nicht außer Auge zu verlieren.

5.3.3 (Soziale) Medien als Einflussfaktor auf Prävalenz und gesellschaftliche Wahrnehmung der GI

Zwei der teilnehmenden Expert/innen äußern sich primär negativ bezüglich der steigenden medialen Präsenz rund um das Thema GI. Dabei beschreiben sie eine nicht ausreichend differenzierte Darstellung der Thematik. Beiträge könnten einen Normativitätsdruck bedingen und zu Pathologisierung führen.

Sämtlich anderen Expert/innen beschreiben hingegen ein Überwiegen positiver Aspekte der medialen Entwicklung. Sie verweisen auf eine große inhaltliche Vielfalt an Beiträgen zum Themenfeld GI, welche letztlich auch eine Zunahme der gesellschaftlichen Akzeptanz bezüglich geschlechtsvarianten Identitätserlebens bedinge. Die Verfügbarkeit von Beiträgen ermögliche es Kindern und Jugendlichen zudem immer früher, das Gefühl der GI einzuordnen und mit ihrem Umfeld zu teilen.

Grundsätzlich scheinen die Einschätzungen der Expert/innen bezüglich der Vor- und Nachteile einer zunehmenden medialen Präsenz maßgeblich dadurch beeinflusst, auf welche Distributionsformate sich bezogen wird. So versahen Personen, die primär negativ auf die Entwicklung blickten, ihre Einschätzungen mit Verweisen auf Fernsehprogramme und die „Boulevard-Presse“. Alle anderen Expert/innen sprachen hingegen primär über internetbasierte (soziale) Medien.

Diesbezüglich fiel auch wiederholt der „Community-Begriff“. Mehrere Expert/innen berichteten von einer aktiven und supportiven Trans*-Community, welche erst durch das Internet und soziale Medien habe entstehen können. Diese Community wurde vielfach positiv beschrieben, insbesondere auch für Jugendliche, die im ländlichen Raum aufwachsen oder keine Kontaktpunkte zu diesbezüglich informierten Menschen in ihrem sozialen Umfeld haben (vgl. *M/Nr.3, S.67*).

Einige Expert/innen erklären jedoch auch, dass die Jugendlichen sich durch die Masse an verfügbaren Beiträgen zum Thema GI und eine sehr aktive Trans*-Community möglicherweise unter Druck gesetzt fühlen könnten, bestimmte (medikamentöse/operative) Schritte zu verfolgen (*M/Nr.7, S. 68* und *M/Nr.10, S.69*). Zwei Personen erklären im Hinblick auf dieses Risiko die Thematisierung einer kritischen Auseinandersetzung mit (sozialen) Medien als integralen Teil ihrer Begleitungsarbeit (vgl. *M/Nr.15, S.70-71*).

Insgesamt decken sich die Einschätzungen der Expert/innen mit den Wahrnehmungen von Jugendlichen mit GI: Im Rahmen einer qualitativen Befragung schätzte ein Großteil von Jugendlichen die mediale Präsenz als primär positiv ein, jedoch wurde auch von vereinfachenden und stereotypisierenden Beiträgen berichtet (Vrouenraets *et al.*, 2016).

Alle Expert/innen diskutieren einen möglichen Zusammenhang zwischen der zunehmenden medialen Präsenz des Themas GI und steigenden Fallzahlen von Jugendlichen mit GI. Einige Expert/innen sehen die Zunahme an Kontaktaufnahmen dabei primär als Folge einer wachsenden gesellschaftlichen Akzeptanz und einer durch die Medien ermöglichten früheren Selbstidentifikation als geschlechtsinkongruent. Andere Expert/innen verbalisieren die Besorgnis, dass die mediale Präsenz fälschliche Selbstdiagnosen, insbesondere bei Jugendlichen in vulnerablen Lebensphasen bedingen könnte.

Tatsächlich sind die Einflüsse (sozialer) Medien auf die weltweit steigenden Prävalenzen von Jugendlichen mit GI zunehmend auch Thema wissenschaftlicher

Publikationen. Beispielhaft sei hier das als „Rapid Onset Gender Dysphoria“ beschriebene Phänomen genannt (vgl. *Punkt 2.1.2 und 2.4*), welches im Rahmen einer Studie erwähnt und als möglicherweise durch mediale Einflüsse getriggert beschrieben wird (Littman, 2018b, 2018a).

Insgesamt berichten mehrere Expert/innen von einer zunehmende Zahl an non-binären oder genderqueeren Jugendlichen, welche sich im Rahmen von Begleitungsangeboten vorstellen und oftmals nicht die „klassischen“ medikamentösen und operativen Begleitungsoptionen wünschen bzw. gänzlich auf diese verzichten. Diese Tendenz bringen die Expert/innen dabei mit der medial adressierten Vielfalt geschlechtsvarianten Erlebens in Zusammenhang. Analog zu diesen klinischen Erfahrungen wird auch in der Literatur die sinkende Nachfrage bezüglich gegengeschlechtlicher Hormontherapie durch Erwachsene mit GI beschrieben. Als einen möglichen Grund für diese Entwicklung diskutieren die Autor/innen ebenfalls eine Zunahme an Sprechstunden-Konsultationen durch non-binäre Menschen (Wiepjes *et al.*, 2018).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die (sozialen) Medien offensichtlich den individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit geschlechtsvariantem Erleben beeinflussen. Aufgrund der Fülle an verfügbaren Informationen und der vielfach beschriebenen sehr aktiven Trans*-Community im Internet, ist inzwischen davon auszugehen, dass veritable Anteile des theoretischen wie auch praktischen Diskurses rund um das Thema GI primär online verortet sind. Dementsprechend gilt es zukünftig zu evaluieren, ob und in wie fern Expert/innen in der Begleitung von geschlechtsinkongruenten Jugendlichen sich mit der weiteren Evolution themenspezifischer Medien auseinandersetzen sollten.

5.4 Schlussfolgerung und Ausblick

Die hier vorgestellte Untersuchung ist Zeugnis einer im deutschsprachigen Raum nach wie vor kontrovers geführten Debatte bezüglich der bestmöglichen Begleitung von Jugendlichen mit GI. Insbesondere in Bezug auf den Einsatz von PB als medikamentöse Form der Intervention besteht kein Konsens zwischen den teilnehmenden Expert/innen.

Im Hinblick auf unterschiedliche Hypothesen und Theorien im Zusammenhang mit Verläufen von GI, und möglichen Einflüssen einer Intervention mit PB auf diese Verläufe, gilt es in Zukunft, vermehrt Daten zu sammeln und auszuwerten. In diesem

Kontext stellen Beteiligte häufig fest, dass eine prospektive Untersuchung der PB im Rahmen kontrollierter Studien aufgrund ethischer Prinzipien nicht möglich sei. Tatsächlich lassen die im Rahmen dieser Befragung mehrfach berichteten klinischen Erfahrungen bezüglich Desisters und Dropouts jedoch vermuten, dass bereits eine Menge relevanter klinischer Daten zur Verfügung steht, welche in Zukunft ausgewertet und dem wissenschaftlichen Diskurs zugänglich gemacht werden sollten.

Aktuell gibt es im deutschsprachigen Raum sowohl universitäre Sprechstunden, welche einer PB befürwortend gegenüber stehen, als auch Sprechstunden, welche eine PB grundsätzlich *nicht* durchführen. Anhand retrospektiver multizentrischer Untersuchungen sollte es also durchaus möglich sein, die Auswirkung von einer Intervention mit bzw. eines Vorenthaltens von PB auf die langfristige Entwicklung von Jugendlichen mit GI zu untersuchen.

Die ethische Debatte um den Einsatz von PB wird aktuell primär auf Basis von Expert/innen-Meinungen geführt (vgl. auch Drescher and Byne, 2012; Vrouenraets *et al.*, 2015). Dabei bestand im Rahmen der hier vorgestellten Befragung eine derart große Divergenz zwischen den Einschätzungen und Konzepten einzelner Expert/innen, dass diese zuweilen nicht mehr an einen konstruktiven und letztlich Konsensus-fördernden Austausch miteinander zu glauben schienen. Die Verfügbarmachung wissenschaftlich belastbarer Daten und evidenzbasierter Konzepte könnte ein Mittel darstellen, um der festgefahrenen Debatte in Zukunft neue Dynamik zu verleihen.

Im Sinne partizipativer Methoden bieten sich perspektivisch zudem Forschungsansätze an, welche Jugendliche mit GI direkt adressieren und die Bedürfnisse und Wünsche bezüglich einer adäquaten Begleitung explorieren (Vrouenraets *et al.*, 2016; Temple Newhook *et al.*, 2018).

Soziale Medien stellen eine wichtige Informationsquelle bezüglich der GI dar und ermöglichen Jugendlichen mit GI einen Zugang zur Trans*-Community. Expert/innen, die an der Begleitung von Jugendlichen mit GI beteiligt sind, sollten nach Möglichkeit aktuelle mediale Phänomene und Diskursstrukturen einordnen können.

Trotz oder gerade wegen der Vielzahl an Kontroversen rund um das Thema der GI gilt es niemals zu vergessen, dass sämtliche Befragten letztlich das gleiche übergeordnete Ziel ihrer Tätigkeit definieren: Die bestmögliche Begleitung der einzelnen Jugendlichen. Um diesem Motiv zukünftig gerecht zu werden kann und sollte

der aktuelle Diskurs insbesondere mittels evidenzbasierter Forschung weiter exploriert und ausgearbeitet werden.

6. Literaturverzeichnis

Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L.C., Kreukels, B. P. C. and Zucker, K. J. (2015) 'Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria', *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), pp. 756–763.

Becker, I., Gjergji-Lama, V., Romer, G. and Möller, B. (2014) 'Merkmale von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie in der Hamburger Spezialsprechstunde', *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63, pp. 486–509.

Becker, I., Ravens-Sieberer, U., Ottová-Jordan, V. and Schulte-Markwort, M. (2017) 'Prevalence of Adolescent Gender Experiences and Gender Expression in Germany', *Journal of Adolescent Health*, 61(1), pp. 83–90.

Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T., Bouman, W. P., De Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Witcomb, G. L., Arcelus, J., Richards, C., De Cuypere, G. and Kreukels, B. P. C. (2017) 'Gender Incongruence of Childhood: Clinical Utility and Stakeholder Agreement with the World Health Organization's proposed ICD-11 criteria', *PLoS ONE*, 12(1), e0168522.

Beier, K. M., Bosinski, H. A. G. and Loewit, K. (2005) *Sexualmedizin: Grundlagen und Praxis*. 2nd edn. München: Urban & Fischer Verlag/ Elsevier GmbH.

Berger, H. (1974) *Untersuchungsmethode und soziale Wirklichkeit. Eine Kritik an Interview und Einstellungsmessung in der Sozialforschung*. 1st edn. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp.

Blanchard, R., Brotto, L., Friedman, R. C., Graham, C., Lalumière, M., Meyer-Bahlburg, H. F. L. L., Pfaus, H., Vilain, E. and Wallen, K. (2016) *Open Letter to the Board of Trustees of CAMH*, www.ipetitions.com. Available at: <https://www.ipetitions.com/petition/boardoftrustees-CAMH> (Accessed: 9 April 2019).

Böhm, A., Legewie, H. and Muhr, T. (2008) *Kursus Textinterpretation: Grounded Theory, Interdisziplinäres Forschungsprojekt ATLAS (Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache)*. Berlin.

Bosinski, H. A. G., Arndt, R., Sippell, W. G. and Wille, R. (1996) 'Geschlechtsidentitätsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Nosologie und Epidemiologie', *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 144(11), pp. 1235–1241.

Broom, A. (2005) 'Using qualitative interviews in CAM research: A guide to study design, data collection and data analysis', *Complementary Therapies in Medicine*, 13(1), pp. 65–73.

Brown University (2019) *Updated: Brown statements on gender dysphoria study, Brown University Website*. Available at: <https://www.brown.edu/news/2019-03-19/gender> (Accessed: 6 April 2019).

- Cavanaugh, T., Hopwood, R. and Lambert, C. (2016) 'Informed Consent in the Medical Care of Transgender and Gender-Nonconforming Patients', *AMA Journal of Ethics*, 18(11), pp. 1147–1155.
- Chen, D., Simons, L., Johnson, E. K., Lockart, B. A. and Finlayson, C. (2017) 'Fertility Preservation for Transgender Adolescents', *Journal of Adolescent Health*, 61(1), pp. 120–123.
- Cochran, S. D., Drescher, J., Kismödi, E., Giami, A., García-Moreno, C., Atalla, E., Marais, A., Vieira, E. M. and Reed, G. M. (2014) 'Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)', *Bulletin of the World Health Organization*, 92(9), pp. 672–679.
- Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A. and Gooren, L. J. G. (2008) 'The Treatment of Adolescent Transsexuals: Changing Insights', *Journal of Sexual Medicine*, 5(8), pp. 1892–1897.
- Cohen-Kettenis, P. T. and Klink, D. (2015) 'Adolescents with Gender Dysphoria', *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 29(3), pp. 485–495.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P. T., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R. and Zucker, K. (2012) 'Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7', *International Journal of Transgenderism*, 13(4), pp. 165–232.
- Deutsch, M. B. (2012) 'Use of the Informed Consent Model in the Provision of Cross-Sex Hormone Therapy: A Survey of the Practices of Selected Clinics', *International Journal of Transgenderism*, 13(3), pp. 140–146.
- Drescher, J. and Byne, W. (2012) 'Gender Dysphoric/Gender Variant (GD/GV) Children and Adolescents: Summarizing What We Know and What We Have Yet to Learn.', *Journal of Homosexuality*, 59(3), pp. 501–510.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T. and Reed, G. M. (2016) 'Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale', *The Lancet Psychiatry*, 3(3), pp. 297–304.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. and Winter, S. (2012) 'Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11', *International Review of Psychiatry*, 24(6), pp. 568–577.
- Dresing, T. and Pehl, T. (2015) *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 6th edn. Marburg.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., VanderLaan, D. P. and Zucker, K. J. (2018) 'Behavior Problems and Psychiatric Diagnoses in Girls with Gender Identity Disorder: A Follow-Up Study', *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(2), pp. 172–187.

- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M. and Zucker, K. J. (2008) 'A Follow-Up Study of Girls With Gender Identity Disorder', *Developmental Psychology*, 44(1), pp. 34–45.
- Flick, U. (2007) *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 8th edn. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U. (2009) *Sozialforschung: Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge*. 3rd edn. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Glaser, B. G. (2016) 'The Grounded Theory Perspective: Its Origins and Growth', *The Grounded Theory Review*, 15(1), pp. 4–9.
- Glaser, B. G. and Strauss, A. L. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing.
- Gläser, J. and Laudel, G. (2004) *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. 1st edn. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- de Graaf, N. M., Cohen-Kettenis, P. T., Carmichael, P., de Vries, A. L. C., Dhondt, K., Laridaen, J., Pauli, D., Ball, J. and Steensma, T. D. (2018) 'Psychological functioning in adolescents referred to specialist gender identity clinics across Europe: a clinical comparison study between four clinics', *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(7), pp. 909–919.
- Güldenring, A. (2015) 'A critical view of transgender health care in Germany: Psychopathologizing gender identity – Symptom of “disordered” psychiatric/psychological diagnostics?', *International Review of Psychiatry*, 27(5), pp. 427–434.
- Hayes, M. (2018) *Doctor fired from gender identity clinic says he feels 'vindicated' after CAMH apology, settlement*, *The Globe and Mail*. Available at: <https://www.theglobeandmail.com/canada/toronto/article-doctor-fired-from-gender-identity-clinic-says-he-feels-vindicated/> (Accessed: 8 April 2019).
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V. and Montori, V. M. (2009) 'Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline', *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 94(9), pp. 3132–3154.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V. and T'Sjoen, G. G. (2017) 'Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline', *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), pp. 3869–3903.
- Herrmann, W. J. and Flick, U. (2009) 'Qualitative Forschung in der deutschen Allgemeinmedizin im Spiegel der “Zeitschrift für Allgemeinmedizin”', *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 85(7), pp. 278–283.
- Hester, D. M. (2014) 'What could justify physician refusal of puberty suppressive therapy?', *The American Journal of Bioethics*, 14(1), pp. 46–8.

Hewitt, J. K., Paul, C., Kasiannan, P., Grover, S. R., Newman, L. K. and Warne, G. L. (2012) 'Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents', *The Medical Journal of Australia*, 196(9), pp. 578–581.

Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Paap, M. C. S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. R. and De Cuypere, G. (2014) 'Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries', *British Journal of Psychiatry*, 204(2), pp. 151–156.

Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjäarvi, M. and Lindberg, N. (2015) 'Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development', *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), pp. 1–9.

Kay, J. (2019) *An Interview With Lisa Littman, Who Coined the Term 'Rapid Onset Gender Dysphoria'*, *Quillette*. Available at: <https://quillette.com/2019/03/19/an-interview-with-lisa-littman-who-coined-the-term-rapid-onset-gender-dysphoria/> (Accessed: 3 April 2019).

Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., Van Trotsenburg, M. and Rotteveel, J. (2015) 'Bone mass in Young Adulthood Following Gonadotropin-Releasing Hormone Analog Treatment and Cross-Sex Hormone Treatment in Adolescents With Gender Dysphoria', *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 100(2), pp. E270–E275.

Kneupper, C. W. (1978) 'Teaching Argument: An Introduction to the Toulmin Model', *College Composition and Communication*, 29(3), pp. 237–241.

Korte, A. (2015) 'Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) und deren Behandlung im Kindes- und Jugendalter', in *Therapieleitfaden Transsexualität*. 2nd edn. UNI-MED Science, pp. 70–84.

Korte, A., Beier, K. M. and Bosinski, H. A. G. (2016) 'Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter - Ausgangsoffene psychotherapeutische Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung durch Einleitung einer hormonellen Therapie?', *Sexuologie*, 23(3–4), pp. 117–132.

Korte, A., Beier, K. M., Vukorepa, J., Mersmann, M. and Albiez, V. (2014) 'Heterogenität von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Jugendlichen: Zur differenziellen Bedeutung der psychiatrischen Komorbidität und individuellen Psychodynamik', *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(6), pp. 541–559.

Korte, A., Goecker, D., Krude, H., Lehmkuhl, U., Grüters-Kieslich, A. and Beier, K. M. (2008) 'Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter: Zur aktuellen Kontroverse um unterschiedliche Konzepte und Behandlungsstrategien', *Deutsches Ärzteblatt*, 105(48), pp. 834–841.

Lamnek, S. and Krell, C. (2016a) 'Erste Charakterisierung der qualitativen Sozialforschung', in *Qualitative Sozialforschung*, 6. überarbeitete Auflage. 6th edn. Basel: Beltz Verlag, pp. 16–43.

- Lamnek, S. and Krell, C. (2016b) 'Qualitatives Interview', in *Qualitative Sozialforschung, 6. überarbeitete Auflage*. 6th edn. Basel: Beltz Verlag, pp. 313–383.
- Littman, L. (2018a) 'Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria', *PloS one*, 13(8), e0202330.
- Littman, L. (2018b) 'Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports', *PloS ONE*, 13(8), e0202330.
- Littman, L. (2019) 'Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria', *PloS ONE*, 14(3), e0214157.
- Lopez, X., Marinkovic, M., Eimicke, T., Rosenthal, S. M. and Olshan, J. S. (2017) 'Statement on gender-affirmative approach to care from the pediatric endocrine society special interest group on transgender health', *Current Opinion in Pediatrics*, 29(4), pp. 475–480.
- Mayring, P. (2016) *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 6th edn. Weinheim: Beltz Verlag.
- Meyenburg, B. (2014) 'Geschlechtsdysphorie im Jugendalter: Schwierige Behandlungsverläufe', *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 6(63), pp. 510 – 522.
- Meyenburg, B., Kröger, A. and Neugebauer, R. (2015) 'Transidentität im Kindes- und Jugendalter: Behandlungsrichtlinien und Ergebnisse einer Katamneseuntersuchung', *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43(1), pp. 47–55.
- Meyenburg, B., Romer, G., Möller, B. and Korte, A. (2013) *AWMF Leitlinie: Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter (F64)*, *Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Available at: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-014I_S1_Störungen_Geschlechtsidentität_2013-08_01.pdf (Accessed: 31 August 2018).
- Möller, B., Nieder, T. O., Preuss, W. F., Becker, I., Fahrenkrug, S., Wüsthof, A., Briken, P., Romer, G. and Richter-Appelt, H. (2014) 'Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie im Rahmen einer interdisziplinären Spezialsprechstunde', *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(6), pp. 465–485.
- Möller, B. and Romer, G. (2014) 'Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter', *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(6), pp. 431–436.
- Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M. and Quinn, G. P. (2017) 'Low Fertility Preservation Utilization Among Transgender Youth', *Journal of Adolescent Health*, 61(1), pp. 40–44.
- Nieder, T., Jordan, K. and Richter-Appelt, H. (2011) 'Zur Neurobiologie transsexueller Entwicklungen: Eine Diskussion der Befunde zu Sexualdifferenzierung, zu geschlechtsatypischen Verhaltensweisen und zur Geschlechtsidentität', *Zeitschrift für Sexualforschung*, 24(3), pp. 199–227.

Nieder, T. O., Briken, P. and Richter-Appelt, H. (2013) 'Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie', *PSYCH up2date*, 7(6), pp. 373–388.

Nieder, T. O. and Richter-Appelt, H. (2011) 'Tertium non datur – either/ or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future', *Psychology & Sexuality*, 2(3), pp. 224–243.

Nota, N. M., Kreukels, B. P. C., den Heijer, M., Veltman, D. J., Cohen-Kettenis, P. T., Burke, S. M. and Bakker, J. (2017) 'Brain functional connectivity patterns in children and adolescents with gender dysphoria: Sex-atypical or not?', *Psychoneuroendocrinology*, 86, pp. 187–195.

Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P. C., Meyer-Bahlburg, H. F. L. L., Garofalo, R., Meyer, W. and Rosenthal, S. M. (2016) 'Research priorities for gender nonconforming/ transgender youth: gender identity development and biopsychosocial outcomes', *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 23(2), pp. 172–179.

Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M. and McLaughlin, K. A. (2016) 'Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities', *Pediatrics*, 137(3), e20153223.

Poses, R. M. and Isen, A. M. (1998) 'Qualitative Research in Medicine and Health Care: Questions and Controversy', *Journal of General Internal Medicine*, 13(1), pp. 32–38.

Rafferty, J. (2018) 'Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents', *Pediatrics*, 142(4), e20182162.

Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D. and Mimiaga, M. J. (2015) 'Mental Health of Transgender Youth in Care at an Adolescent Urban Community Health Center: A Matched Retrospective Cohort Study', *Journal of Adolescent Health*, 56(3), pp. 274–279.

Ristori, J. and Steensma, T. D. (2016) 'Gender dysphoria in childhood', *International Review of Psychiatry*, 28(1), pp. 13–20.

Rutzen, K. M., Nieder, T. O., Schreier, H. and Möller, B. (2014) 'Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie aus der Sicht internationaler Expertise', *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(6), pp. 449–464.

Sasaki, S., Ozaki, K., Yamagata, S., Takahashi, Y., Shikishima, C., Kornacki, T., Nonaka, K. and Ando, J. (2016) 'Genetic and Environmental Influences on Traits of Gender Identity Disorder: A Study of Japanese Twins Across Developmental Stages', *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), pp. 1681–1695.

Schulz, S. L. (2018) 'The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria', *Journal of Humanistic Psychology*, 58(1), pp. 72–92.

Serano, J. (2018) *Everything You Need To Know About Rapid Onset Gender Dysphoria*, *Medium*. Available at: <https://medium.com/@juliaserano/everything-you->

need-to-know-about-rapid-onset-gender-dysphoria-1940b8afdeba (Accessed: 22 October 2018).

Sofaer, S. (1999) 'Qualitative methods: What Are They and Why Use Them?', *Health Services Research*, 34(5 Pt. 2), pp. 1101–1118.

Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A. and Vance, S. R. (2012) 'Children and Adolescents With Gender Identity Disorder Referred to a Pediatric Medical Center', *Pediatrics*, 129(3), pp. 418–425.

Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F. and Cohen-Kettenis, P. T. (2011) 'Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study', *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), pp. 499–516.

Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T. and Zucker, K. J. (2018) 'Evidence for a Change in the Sex Ratio of Children Referred for Gender Dysphoria: Data from the Center of Expertise on Gender Dysphoria in Amsterdam (1988–2016)', *Journal of Sex & Marital Therapy*, 0, pp. 1–3.

Steensma, T. D., Kreukels, B. P. C., de Vries, A. L. C. and Cohen-Kettenis, P. T. (2013) 'Gender identity development in adolescence', *Hormones and Behavior*. Elsevier Inc., 64(2), pp. 288–297.

Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P. C., Beekman, A. J. and Cohen-Kettenis, P. T. (2013) 'Factors Associated With Desistence and Persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study.', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(6), pp. 582–590.

Steensma, T. D., Wensing-Kruger, S. A. and Klink, D. T. (2017) 'How Should Physicians Help Gender-Transitioning Adolescents Consider Potential Iatrogenic Harms of Hormone Therapy?', *AMA Journal of Ethics*, 19(8), pp. 762–770.

Steensma, T. D., Zucker, K. J., Kreukels, B. P. C., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A. and Cohen-Kettenis, P. T. (2014) 'Behavioral and Emotional Problems on the Teacher's Report Form: A Cross-National, Cross-Clinic Comparative Analysis of Gender Dysphoric Children and Adolescents', *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(4), pp. 635–647.

Stock, K., Bhatt, C., Freedman, R., Scott, S., Sullivan, A., Phoenix, J., Cassell, J., Richardson, K., Gardner, J., Suissa, J., Moore, M., Sullivan, S., Epstein, D., Byng, R., Collins, J., Higgins, PM, Jeffreys, S., Green, L., Biggs, M., Brewster, D., Matthews, S., Chamber, C., Cowden, S., Butler, C., Leng, M., Testa, G., Barber, R., Allen, S., Sagar, P., Jordan, J., Pilgrim, D., Dias, R., O'Hara, M., Poen, E., Hindle, S., Smith, H., Garside, R., Jones, C., Waugh, J., Carter, B., Byrne, A., McGinity, R., Jensen, R., Oliver, K., Connell, S., Guy, L., Marinho, S., Brunskell-Evans, H., McGrath, L., Hannis, M., Hilton, E., Lawford-Smith, H., Read, R. and Turner, P. (2018) *Academics are being harassed over their research into transgender issues*, *The Guardian*. Available at: <https://www.theguardian.com/society/2018/oct/16/academics-are-being-harassed-over-their-research-into-transgender-issues> (Accessed: 6 April 2019).

Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M. L., Jamieson, A. and Pickett, S. (2018) 'A critical commentary on follow-up studies and "desistance" theories about transgender and gender-nonconforming children', *International Journal of Transgenderism*, 19(2), pp. 212–224.

The Gender Dysphoria Affirmative Working Group (2019) *Psychology Today Response, Position Statement*. Available at: <https://www.gdaworkinggroup.com/psychology-today-response> (Accessed: 6 April 2019).

Toulmin, S. E. (2003) *The uses of argument: Updated edition*. New York: Cambridge University Press.

von Unger, H. (2014) *Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS.

Vance, S. R., Ehrensaft, D. and Rosenthal, S. M. (2014) 'Psychological and Medical Care of Gender Nonconforming Youth', *Pediatrics*, 134(6), pp. 1184–1192.

de Vries, A. L. C. and Cohen-Kettenis, P. T. (2012) 'Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach', *Journal of Homosexuality*, 59(3), pp. 301–320.

de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H. and Cohen-Kettenis, P. T. (2014) 'Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment', *Pediatrics*, 134(4), pp. 696–704.

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P. and Zucker, K. J. (2016) 'Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: a cross-national, cross-clinic comparative analysis', *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), pp. 579–588.

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H. and Cohen-Kettenis, P. T. (2011) 'Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study', *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), pp. 2276–2283.

Vrouenraets, L. J. J. J., Fredriks, A. M., Hannema, S. E., Cohen-Kettenis, P. T. and de Vries, M. C. (2016) 'Perceptions of Sex, Gender, and Puberty Suppression: A Qualitative Analysis of Transgender Youth', *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), pp. 1697–1703.

Vrouenraets, L. J. J. J., Fredriks, A. M., Hannema, S. E., Cohen-Kettenis, P. T. and De Vries, M. C. (2015) 'Early Medical Treatment of Children and Adolescents with Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study', *Journal of Adolescent Health*, 57(4), pp. 367–373.

Wadman, M. (2018) *New paper ignites storm over whether teens experience 'rapid onset' of transgender identity*, *Science*. Available at: <http://www.sciencemag.org/news/2018/08/new-paper-ignites-storm-over-whether-teens-experience-rapid-onset-transgender-identity> (Accessed: 22 October 2018).

- Wallien, M. S. C. and Cohen-Kettenis, P. T. (2008) 'Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children.', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47(12), pp. 1413–1423.
- WHO (1968a) 'Kapitel V: Geistige Störungen', *Handbuch der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen*. Ministerium für Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik.
- WHO (1968b) 'Kapitel V: Seelische Störungen', *Handbuch der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) 1968: 8. Revision*. Statistisches Bundesamt Wiesbaden.
- WHO (2018) *International Classification of Diseases - Mortality and Morbidity Statistics, Eleventh Revision*. Available at: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F90875286> (Accessed: 21 September 2018).
- WHO and DIMDI (2018) *ICD-10-GM*. Available at: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f60-f69.htm> (Accessed: 21 September 2018).
- Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M.-B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C. and den Heijer, M. (2018) 'The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets', *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), pp. 582–590.
- Wilson, E. C., Garofalo, R., Harris, R. D., Herrick, A., Martinez, M., Martinez, J. and Belzer, M. (2009) 'Transgender Female Youth and Sex Work: HIV Risk and a Comparison of Life Factors Related to Engagement in Sex Work', *AIDS and Behavior*, 13(5), pp. 902–913.
- Winter, S., Ehrensaft, D., Pickstone-Taylor, S., De Cuypere, G. and Tando, D. (2016) 'The psycho-medical case against a gender incongruence of childhood diagnosis', *The Lancet Psychiatry*, 3(5), pp. 404–405.
- Witzel, A. (1982) *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt/ New York: Campus Verlag.
- Witzel, A. (1985) 'Das problemzentrierte Interview', in Jüttemann, G. (ed.) *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, pp. 227–255.
- Witzel, A. (2000) 'Das problemzentrierte Interview', *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1), Art. 22.
- Wood, H. et al. (2013) 'Patterns of Referral to a Gender Identity Service for Children and Adolescents (1976 – 2011): Age, Sex Ratio, and Sexual Orientation', *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(1), pp. 1–6.
- Zucker, K. J. (2017) 'Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity', *Sexual Health*, 14(5), pp. 404–411.

7. Eidesstattliche Versicherung

Ich, Merle Cathrina Müller-Knapp, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „*Grundsätze der professionellen Begleitung geschlechtsinkongruenter Jugendlicher: Eine qualitative Befragung von Expert/innen des deutschsprachigen Raums*“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Datum

Unterschrift

8. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

9. Danksagung

Dank an Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Beier und das gesamte Team des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Universitätsmedizin Berlin, ohne deren Unterstützung und Input diese Doktorarbeit nicht möglich gewesen wäre.

Insbesondere möchte ich mich in diesem Zusammenhang bei meinem Betreuer Herrn Dr. med. Stefan Siegel bedanken – für die ungezählten inhaltlichen wie auch methodologischen Diskussionen und Gespräche sowie für die grundlegende und unbedingte Unterstützung dieses Forschungsprojekts.

Dank auch an meine Familie und Freund*innen, ohne deren Rückendeckung, Gesprächsbereitschaft und globale Großartigkeit weder Studium noch Promotion möglich gewesen wären.

10. Anhang

Abbildung 7: Auszug Leitfaden PZI, Stand Juli 2016

Themengebiet 2: Pubertäts-Blockade bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz	
<p>Die Pubertätsblockade mit GnRH-Analoga ist inzwischen Teil verschiedener Leitlinien zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen geworden, trotzdem wird der Einsatz von Pubertätsblockade weiterhin kontrovers diskutiert.</p> <p>Wie schätzen Sie die Pubertätsblockade ein? Welche Nutzen und welche Risiken sehen Sie?</p>	
<p>Welchen Behandlungsansatz verfolgen Sie an Ihrem Institut?</p> <p>Können Sie kurz auf das diagnostische Verfahren an Ihrem Institut eingehen?</p> <p>Sind Sie zufrieden mit dem derzeitigen therapeutischen Angebot oder wünschen Sie sich Neuerungen/Veränderungen?</p>	<p>Rolle Therapeut/in</p> <p>Sind Jugendliche + Eltern zufrieden?</p>
<p><u>Thematische Fokussierung 1:</u></p> <p>Einzelne Autor/innen erklären die Pubertäts-Blockade zu einer „moralischen Verpflichtung“ um Leiden zu lindern, besonders da es keine therapeutischen Alternativen gäbe. Einige Autoren gehen sogar so weit, eine Nicht-Durchführung mit unterlassener Hilfeleistung gleichzusetzen (Hester, 2014).</p> <p>Wie schätzen Sie diese Einstellung ein?</p>	<p>Zitat: “I think that the distress for a child experiencing the ‘wrong’ puberty is so great that it overrides the opinion that the child should have the experience of ‘crisis of gender.’” (Vrouenraets <i>et al.</i>, 2015)</p> <p>Zitat: “Multiple professionals state that many young gender dysphoric people will harm themselves without intervention or at least the promise of future treatment options.” (Vrouenraets <i>et al.</i>, 2015)</p>
<p><u>Thematische Fokussierung 2:</u></p> <p>Andere Autor/innen betonen die variablen Entwicklungsverläufe von Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter, schließlich zählen die meisten Betroffenen später zur Gruppe der Desister. Es wurde die Befürchtung geäußert, dass Pubertäts-Blockade das Fortbestehen der Inkongruenz fördern könnte, sozusagen die iatrogene Fixierung auf eine transsexuelle Entwicklung bedingen könnte.</p> <p>Wie schätzen Sie diese Einstellung ein?</p>	<p>Zitat: “I have met gay women who identify as women who would certainly have been diagnosed gender dysphoric as children but who, throughout adolescence, came to accept themselves. This might not have happened on puberty blockers.” (Vrouenraets <i>et al.</i>, 2015)</p> <p>Zitat: “I believe that, in adolescence, hypothalamic inhibitors should never be given, because they interfere not only with emotional development, but [also] with the integration process among the various internal and external aspects characterizing the transition to adulthood.” (Vrouenraets <i>et al.</i>, 2015)</p>