

Geschlechtsidentitätsstörungen (GIS) im Kindes- und Jugendalter



Alexander Korte¹, Miriam Nagel,¹ Inga Wermuth,¹
Heinrich Schmidt², Klaus Beier³

¹ Klinik und Poliklinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität München (LMU)
² Abteilung Pädiatrische Endokrinologie, Haunersches Kinderspital München (LMU)
³ Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Wann ist ein Mann ein Mann...



...und wann ist eine Frau eine Frau?



Übersicht

1. Einführung: Geschlechtszugehörigkeit, -identität und -rolle
2. Entwicklung der Geschlechtsidentität und Diagnose-Kriterien der Geschlechtsidentitätsstörung (ICD-10) / *gender dysphoria* (DSM-5)
3. [Ätiopathogenese von Geschlechtsidentitätsstörungen: Neurobiologische und (entwicklungs-) psychologische Aspekte]
4. Postpubertärer Verlauf und Differenzialdiagnosen von Geschlechtsidentitätsstörungen in der Adoleszenz
5. Unterschiedliche Behandlungsstrategien: PRO und CONTRA einer frühzeitigen Hormontherapie
6. Debatte um Begutachtung zur Personenstandsänderung
7. Schlussbetrachtung und Fazit

Ebenen der Geschlechtszugehörigkeit

1. Chromosomales Geschlecht
2. Gonadales und endokrines Geschlecht
3. Gonoduktales Geschlecht
4. Genitales Geschlecht
5. Hypothalamisch-hypophysäres Geschlecht
6. Zuweisungsgeschlecht
7. Erziehungsgeschlecht
8. Geschlechtsidentität

Geschlechtsidentität

- Definition -

Mann oder **Frau** zu sein,
bedeutet wesentlich mehr als nur verschiedene
Chromosomen, Genitalien und sonstige primäre bzw.
sekundäre Geschlechtsmerkmale zu haben.

Es ist ein basales, zumeist unhinterfragtes
Selbstverständnis, eine **Seins-** und **Identitätsform**,

basierend auf der überdauernden Erfahrung
der eigenen **Individualität**,
des eigenen **Verhaltens**,
der eigenen **Erlebnisweisen**
als uneingeschränkt und eindeutig
männlich oder weiblich.

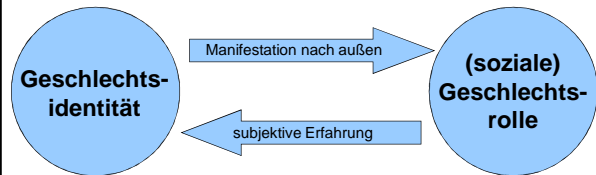
Geschlechtsrolle

- Definition -



- sozial eingenommenes Geschlecht
- alles das, was jemand sagt und tut, um anderen und sich selbst zu zeigen, dass er bzw. sie männlich oder weiblich (oder ambivalent) ist
- zeit- und kulturabhängig (normative Vorgaben)
- Geschlechtsrolle schließt sexuelle Attraktion und sexuelle Reaktion ein, ist hierauf aber nicht beschränkt

Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle



Übersicht

1. Einführung: Geschlechtszugehörigkeit, -identität und -rolle
2. Entwicklung der Geschlechtsidentität und Diagnose-Kriterien der Geschlechtsidentitätsstörung (ICD-10) / *gender dysphoria* (DSM-5)
3. [Ätiopathogenese von Geschlechtsidentitätsstörungen: Neurobiologische und (entwicklungs-) psychologische Aspekte]
4. Postpubertärer Verlauf und Differenzialdiagnosen von Geschlechtsidentitätsstörungen in der Adoleszenz
5. Unterschiedliche Behandlungsstrategien: PRO und CONTRA einer frühzeitigen Hormontherapie
6. Debatte um Begutachtung zur Personenstandsänderung
7. Schlussbetrachtung und Fazit

Entwicklung der Geschlechtsidentität 1 - Kindesalter -



- Geschlechter-differenzierung
- Geschlechts-rollenkenntnis
- Fremd- / Selbstkategorisierung
- Geschlechts-permanenz
- Geschlechts-invarianz

Entwicklung der Geschlechtsidentität 2

(Mertens 1996, Beier 2003)



- Interaktion mit Mutter und Vater (bzw. mütterlichen / väterlichen Bezugspersonen)
- Nachahmung von Verhalten, Erziehung
- Geschlechtsrollenvorstellungen und -stereotypen → basale Orientierung
- Identifikation mit Mutter- und Vater(bild)
- Selbstdefinitionsprozesse und Lernen der Geschlechtsrolle (stark kulturabhängig)
- körperlich-genitale Empfindungen und Phantasien



Fallvignette 1:
Laura, 6 Jahre

- Wunschkind, Wunschgeschlecht der Eltern: „egal“
- Eltern seit zwei Jahren getrennt lebend, *Laura* lebt bei der Mutter
- blonde kurze Haare, Jungenkleidung
- seit frühester Kindheit ausgeprägtes Interesse für geschlechtsatypische Kleidung und Spiele, bevorzugt Jungen als Spielkameraden
- Mutter: „*Ich weiß nicht, wo sie das her hat!*“

Fallvignette 1 (Forts.):
Laura, 6 Jahre

- wird von Gleichaltrigen und Erwachsenen oft als Junge wahrgenommen
- *Laura* weiß, dass sie ein Mädchen ist:
 „*Sag aber niemandem, dass ich ein Mädchen bin.*“
- Mutter:
 „*Sie versucht, sich die Schamlippen lang zu ziehen.*“
- **Vorstellungsgrund:**
 „*Wann sollte meine Tochter Hormone bekommen?*“

Fallvignette 2:
Maximilian, 6 Jahre

- Wunschgeschlecht :
 Mutter: „*Mädchen*“, Vater: „*egal*“
- Eltern Akademiker, seit 3 Jahren getrennt, weiterhin hoch konfliktreiche Beziehung
- Mutter: „*Wenn M. mit Autos gespielt hat, dann haben sich die Autos in einander verliebt und geheiratet*“
 Vater: „*...stimmt nicht - hat Autos in Schlangen aufgestellt!*“
- „*Maximiliane*“ wird seit 2-3 Jahren von der Mutter zunehmend als Mädchen ausgestattet
- Einschulung unter Mädchennamen

Fallvignette 2 (Forts.):
Maximilian, 6 Jahre



Fallvignette 2 (Forts.):
Maximilian, 6 Jahre

- blonde lockige lange Haare, in rosa gekleidet
- *Maximilian* beteuert, ein Mädchen sein zu wollen
- 4-jährige Schwester wird seit einem Jahr als Junge „ausstaffiert“ !
- **Vorstellungsgrund:**
 (1) Vater sucht Hilfe, weil er befürchtet, seine frühere Frau wolle aus *M.* ein Mädchen machen
 (2) *Maximilian* wirkt deutlich traurig, depressiv, zunehmend soziale Isolierung in der Schule

Störung der Geschlechtsidentität
 im Kindesalters

- **starkes, andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht**
 → Verlangen oder Bestehen darauf, dem anderen Geschlecht anzugehören
 → (Rollen-) Spiele, Verhaltensweisen und Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts
 → gegengeschlechtliche Spielkameraden bevorzugt
- **anhaltendes Unbehagen im Geburtsgeschlecht**
 → Ablehnung bis Verleugnung der eigenen Genitalien; teilweise Überzeugung, Genitalien des Gegengeschlechts zu haben oder zu bekommen
- **mindestens 6 Monate andauernd und Beginn deutlich vor Pubertät!**
- **ICD-10: Ausschluss Intersex-Syndrom / DSD !**

ICD-10: F64.2

bei Mädchen:

- Andauerndes intensives Leiden daran, ein Mädchen zu sein und erklärter Wunsch, ein Junge zu sein (nicht begründet mit kulturellen Vorteilen für Jungen). Oder das Mädchen besteht darauf, bereits ein Junge zu sein.
- Entweder 1. oder 2.:
 1. Anhaltende deutliche Aversion gegen üblicherweise weibliche Kleidung und Bestehen auf typisch männlicher Kleidung, z. B. männlicher Unterwäsche und anderer Accessoires;
 2. Ablehnung weiblicher anatomischer Gegebenheiten, die sich in mindestens einem der folgenden Merkmale äußert:
 - Behauptung, einen Penis zu besitzen oder dass ein Penis wachsen wird;
 - Ablehnung, im Sitzen zu urinieren;
 - Versicherung, keine Brüste zu bekommen oder nicht menstruieren zu wollen.
- Das Mädchen hat bis jetzt nicht die Pubertät erreicht.
- Die Störung muss mindestens sechs Monate vorliegen.

ICD-10: F64.2

bei Jungen:

- Andauerndes intensives Leiden daran, ein Junge zu sein sowie intensiver Wunsch oder seltener, Behauptung, bereits ein Mädchen zu sein.
- Entweder 1. oder 2.:
 1. Beschäftigung mit typisch weiblichen Aktivitäten, z. B. Tragen weiblicher Kleidungsstücke oder Nachahmung der weiblichen Erscheinung, intensiver Wunsch, an Spielen und Zeitvertreib von Mädchen teilzunehmen und Ablehnung von typisch männlichem Spielzeug, Spielen und Aktivitäten;
 2. Anhaltende Ablehnung männlicher anatomischer Gegebenheiten, die sich durch mind. eine der folgenden wiederholten Behauptungen äußert:
 - dass er zu einer Frau heranwachsen wird (nicht nur in eine weibl. Rolle);
 - dass sein Penis u. seine Hoden ekelhaft sind oder verschwinden werden;
 - dass es besser wäre, keinen Penis oder Hoden zu haben.
- Der Junge hat bis jetzt nicht die Pubertät erreicht.
- Die Störung muss mindestens sechs Monate vorliegen.

Behandlung erforderlich, weil...

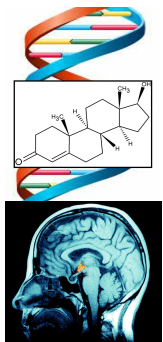
- massive Ausgrenzungserlebnisse durch Peer-Group und Erwachsene
- häufig psychopathologische Auffälligkeiten:
 - Ängstlichkeit
 - Depressivität
 - verminderte Sozialkompetenz
- prinzipiell Persistenz und Entwicklung einer transsexuellen Geschlechtsidentität im Erwachsenenalter möglich

Übersicht

1. Einführung: Geschlechtszugehörigkeit, -identität und -rolle
2. Entwicklung der Geschlechtsidentität und Diagnose-Kriterien der Geschlechtsidentitätsstörung (ICD-10) / *gender dysphoria* (DSM-5)
3. [Ätiopathogenese von Geschlechtsidentitätsstörungen: Neurobiologische und (entwicklungs-) psychologische Aspekte]
4. Postpubertärer Verlauf und Differenzialdiagnosen von Geschlechtsidentitätsstörungen in der Adoleszenz
5. Unterschiedliche Behandlungsstrategien: PRO und CONTRA einer frühzeitigen Hormontherapie
6. Debatte um Begutachtung zur Personenstandsänderung
7. Schlussbetrachtung und Fazit

Ätiopathogenese

Neurobiologische Aspekte



- keine Nachweise einer vorrangig genetisch bzw. hormonell determinierten Ätiologie der GIS !
- pränataler Sexualsteroid-Einfluss ?
 - unzureichende Maskulinisierung hypothalamischer Kernregionen?
(Kraemer et al. 2006; Peters et al. 2007) ↔ (Wallien et al. 2008)
- auf das Gehirn begrenzte Androgenresistenz ?
(Hare-L. et al., *Biol. Psych.*)
 - GI bei Patienten verschiedener Intersex-Formen
(Hines et al. 2003; Wisniewski et al. 2000)
- hirnanatomische Befunde an den dichotomen Kernregionen bei transsexuellen Patienten
(Zhou et al., *Nature* 1995; Garcia Falgueras & Swaab, *Brain* 2008)
- „Umerziehungsversuche“ bereits im 1. Lebensjahr nicht mehr möglich
(Kipnis 1998)

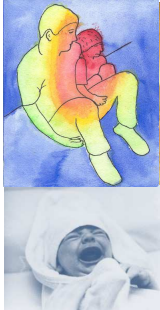
Ätiopathogenese

Traumaätiologie



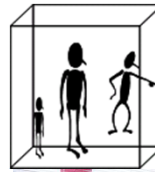
- Tiefgreifende Störung der Mutter-Kind-Beziehung
(Coates 1995; Tüber & Coates 1989)
- Schnittmenge der psychopathologischen Befunde mit denen der Borderline-PS ?
(Meyer 1982; Küchenhoff 1988; Person & Ovesey 1993)
↔ (Seikowski 2008)
- Wunsch nach Zugehörigkeit zum Gegengeschlecht
 - traumakompensatorisches Reaktionsmuster
 - Versuch des Jungen, die durch Abwesenheit der primären Bezugsperson gestörte Beziehung zur selben in der Fantasie wiederherzustellen
 - Verwechslung: „Mutter sein“ mit „Mutter haben“
(Coates 1995)
- Motiv bei Mädchen: Schutz vor einem gewalttätigen Vater mittels Erwerb männlicher Stärke
(Bradley 1985)

Ätiopathogenese Psychoanalytische Theorien



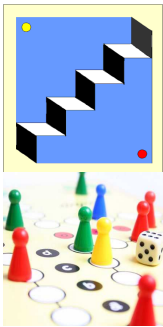
- weniger reale Traumatisierung als neurotische Kompromissbildung
→ durch Geschl.-umwandlung mit geliebtem Elternteil auf symbolhafte Weise zu verschmelzen (Loeb 1992; Meyer 1982; Person & Ovesey 1974)
- übermäßige Identifizierung mit Wunschgeschlecht
→ Bewältigung von (neurotischen) Verlustängsten
→ bei Jungen: verloren geglaubte Zuwendung der Mutter (Silvermann 1990; Haber 1991)
- bei Mädchen: Identifizierung mit dem Vater
→ Ausgleich einer defizitär erlebten Mutterbeziehung (Gilmore 1995)

Ätiopathogenese Lerntheorie



- exogen-verstärkender, aktiv-manipulatorischer Einfluss auf Entwicklung konträrgeschlechtlicher Wesensmerkmale
→ elterlicher Wunsch, Kind möge vom anderen Geschlecht sein (Green 1987)
- erhöhte Rate psychischer Auffälligkeiten der Eltern
→ Psychopathologie der Bezugspersonen und deren "sexuelles Weltbild" sorgfältig explorieren (Zucker et al. 2003; Cohen-Kettenis et al. 1999)
- „transsexuellogene“ soziokulturelle Einflussfaktoren
→ Medienpräsenz zunehmend jüngerer Vorbilder
→ Machbarkeitsgedanke
→ Wahl des Geschlechts als „Grundrecht“ (Beier, Bosinski, Loewit 2005)

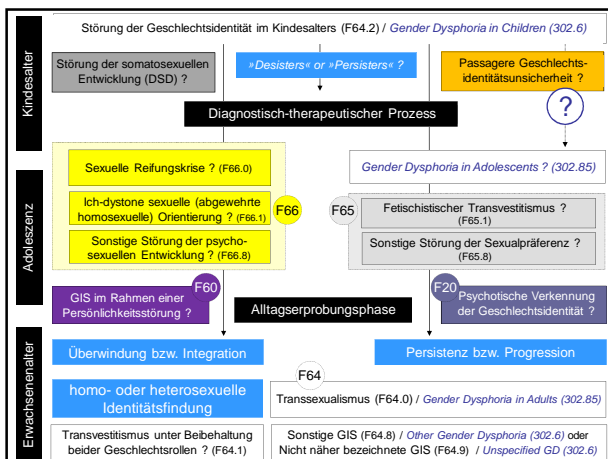
Ätiopathogenese Entwicklungspsychiatrische Perspektive



- maladaptive Reaktionsweise = Scheitern an einer Entwicklungsaufgabe
→ Ablösung und Selbstbehauptung
→ sexuelle Reifung
- Kinder und Jugendliche:
→ starke intersubjektvariabilität bei der Verarbeitung von Konflikten bzw. traumatischen Ereignissen
- Geschlechtumwandlung mitunter als:
→ „Lösungsstrategie“ für ganz andere Probleme jenseits der Geschlechtsidentitätsfindung

Übersicht

- Einführung: Geschlechtszugehörigkeit, -identität und -rolle
- Entwicklung der Geschlechtsidentität und Diagnose-Kriterien der Geschlechtsidentitätsstörung (ICD-10) / *gender dysphoria* (DSM-5)
- [Ätiopathogenese von Geschlechtsidentitätsstörungen: Neurobiologische und (entwicklungs-) psychologische Aspekte]
- Postpubertärer Verlauf und Differenzialdiagnosen von Geschlechtsidentitätsstörungen in der Adoleszenz
- Unterschiedliche Behandlungsstrategien: PRO und CONTRA einer frühzeitigen Hormontherapie
- Debatte um Begutachtung zur Personenstandsänderung
- Schlussbetrachtung und Fazit



Fallvignette 3:

Christina / Kristiano, 16 Jahre

- Tochter einer aus Südostasien stammenden Mutter und eines deutschen Vaters; eine ältere Schwester, die IHN seit Jahren schon „Bruderherz“ nenne
- ausgesprochen männliches Auftreten (Gestik, Mimik, Körperhaltung, Sprache), ohne übertrieben zu wirken
- berichtet ruhig und besonnen, sich dem männlichen Geschlecht zugehörig zu fühlen; beschreibt durchgehend jugenhafte bzw. männliche Interessen „seit der frühesten Kindheit“
- lebt bereits seit längerem durchgehend in *allen* Alltagsbereichen als Junge bzw. junger Mann, wird „Kristiano“ genannt

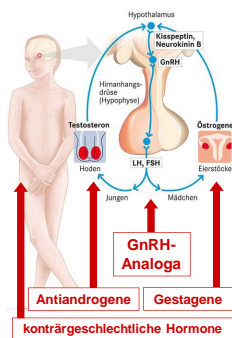
Fallvignette 3 (Forts.): Kristiano, 16 Jahre

- gynophile sexuelle Orientierung, zum Vorstellungszeitpunkt über einjährige, feste Beziehung mit gleichaltriger, junger Frau
- mittlerweile befriedigende sexuelle Erlebnisfähigkeit
- unauffälliger körperlicher und endokrinologischer Befund; trägt Korsage zum Abbinden der weiblichen Brust
- in der klinisch-psychiatrischen Untersuchung komplett unauffällig (abgesehen von der Geschlechtsdysphorie)
- **Vorstellungsgründe:**
 - strebe geschlechtsangleichende Maßnahmen an, „zum nächstmöglichen Zeitpunkt“; Hormone und OP
 - äußert Wunsch nach Vornamens-/Personenstandsänderung und ärztlichem Gutachten

Übersicht

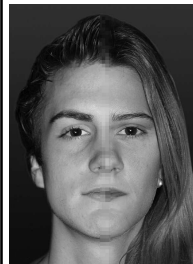
1. Einführung: Geschlechtszugehörigkeit, -identität und -rolle
2. Entwicklung der Geschlechtsidentität und Diagnose-Kriterien der Geschlechtsidentitätsstörung (ICD-10) / *gender dysphoria* (DSM-5)
3. [Ätiopathogenese von Geschlechtsidentitätsstörungen: Neurobiologische und (entwicklungs-) psychologische Aspekte]
4. Postpubertärer Verlauf und Differenzialdiagnosen von Geschlechtsidentitätsstörungen in der Adoleszenz
5. **Unterschiedliche Behandlungsstrategien: PRO und CONTRA einer frühzeitigen Hormontherapie**
6. Debatte um Begutachtung zur Personenstandsänderung
7. Schlussbetrachtung und Fazit

GIS-Behandlungsstrategie Position 1



- Einsatz von **GnRH-Analoga** (Enantone®, Trenantone® i.m. / s.c.) ab TANNER 2
 - Blockierung der Gonadotropinsekretion
 - sekundäre Hemmung der Sexualsteroiden
 - Verhinderung somatischer Veränderungen (Cohen-Kettenis & van Goozen 1998)
- w: **Gestagene** → Orgametril®, 5-10 mg/d p.o.
- m: **Antiandrogene** → Androcur®, 5-10 mg p.o.
- Zeit, die Persistenz der GIS zu überprüfen, Entlastung des Patienten und Vorbeugung psychiatrischer Komorbidität (Cohen-Kettenis & van Goozen 1997)
- **Niederlande:** Mindestalter von 12 Jahren als frühester Zeitpunkt für Hormontherapie (Cohen-Kettenis et al. 2000, 2001, 2008)

Frühzeitige Hormonbehandlung - PRO -



- rasche Reduktion des Leidensdrucks der Betroffenen durch die Unterdrückung der weiteren somatosexuellen Entwicklung
- bessere kosmetische Ergebnisse im Falle späterer Umwandlungsoperationen
- Verbesserung des psychosozialen und sexuellen Funktionsniveaus sowie Prävention psychiatrischer Komorbidität (Smith, van Goozen, Cohen-Kettenis 2001; 2005; 2008)
- **vollständige Reversibilität einer pubertätsblockierenden Behandlung**

GIS-Behandlungsstrategie Position 2



- **„watchfull waiting“**
 - keine frühzeitige Festlegung, welche die normale psychosexuelle Entwicklung der betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen beeinträchtigen könnte
- GIS des Kindesalters (F64.2) – Katamnesen:
 - 5 - 20 % persistierende Symptome i. S. eines „Transsexualismus“
 - 60-75 % homosexuell, 20 % bi-/heterosexuell (Green 1987; Zucker 2005; Drummond 2008)
- sichere Irreversibilität der Symptomatik als Voraussetzung für Diagnose „Transsexualität“ und **sämtlicher körperverändernde Maßnahmen**
 - Hormonbehandlung nicht vor Abschluss der somato- und psychosexuellen Entwicklung !

Frühzeitige Hormonbehandlung - CONTRA -



- bisher keine gesicherten Erkenntnisse, wie sich eine hormonelle Behandlung vor Pubertätsabschluss auf weitere Entwicklung der Geschlechtsidentität auswirkt
 - Persistenz der GIS iatrogen induziert ?
 - **cave:** der Anteil derjenigen Patienten, die nach Pubertäts-suppression/GnRH-Analoga („vollständig reversibel“) dann auch mit konträr-geschlechtlichen Hormonen behandelt werden („partiell irreversibel“), beträgt gegenwärtig 100% !
- Hormonbehandlung beeinflusst sexuelles Erleben in Fantasie und Verhalten und beeinträchtigt sexuelle Appetenz und Funktionsfähigkeit
 - verhindert das Sammeln altersgerechter (sozio-) sexueller Erfahrungen !
 - Patienten haben nicht mehr die Möglichkeit, die entscheidenden Erfahrungen für ihre homosexuelle Identitätsfindung zu machen !

(Korte A., Goecker D., Krude H., Lehmkühl U., Grüters-Kieslich A., Beier K.M., Dt. Ärzteblatt, 48, 2008)

Frühzeitige Hormonbehandlung

- CONTRA -



- Psychische Auffälligkeiten der Eltern und deren Einflussnahme können Konsolidierung von GIS begünstigen
 - sorgfältige Analyse und familientherapeutische Bearbeitung möglicher „transsexueller“ Einflussfaktoren droht im Falle einer Herbeiführung „schneller Lösungen“ durch frühzeitige Hormonbehandlung ins Hintertreffen zu geraten !
- besitzt ein Kind bzw. ein/e Jugendliche/r die nötige emotional-kognitive Reife, um in eine mit lebenslangen Konsequenzen verbundene Behandlung einzuwilligen ?
 - Kinder mit GIS sind oft sehr empfänglich für „schnelle Lösung“ !

Übersicht

1. Einführung: Geschlechtszugehörigkeit, -identität und -rolle
2. Entwicklung der Geschlechtsidentität und Diagnose-Kriterien der Geschlechtsidentitätsstörung (ICD-10) / *gender dysphoria* (DSM-5)
3. [Ätiopathogenese von Geschlechtsidentitätsstörungen: Neurobiologische und (entwicklungs-) psychologische Aspekte]
4. Postpubertärer Verlauf und Differenzialdiagnosen von Geschlechtsidentitätsstörungen in der Adoleszenz
5. Unterschiedliche Behandlungsstrategien: PRO und CONTRA einer frühzeitigen Hormontherapie
6. Debatte um Begutachtung zur Personenstandsänderung
7. Schlussbetrachtung und Fazit

Zur Debatte über das TSG: Abschaffung der Begutachtung zur Personenstandsänderung bei Minderjährigen mit der Diagnose GIS im Kindes- und Jugendalter?



Alexander Korte,¹ Klaus Beier²

¹ Klinik und Poliklinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität München (LMU)

² Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

TSG: Personenstands-/Vornamensänderung - Vorbemerkung (1) -

- GIS/Transsexualismus: einzige psychopathologisch definierte Gesundheitsstörung, der ein eigenes Gesetz gewidmet ist
 - Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit (TSG – 01.01.1981)
- Gesellschaftlicher Einstellungswandel / veränderte Rechtsauffassung → mehrere Revisionen
 - 1, der gesetzten Altersgrenzen,
 - 2, der Regelung zur Ehelosigkeit und
 - 3, der geschlechtsanpassenden OP/Fortpflanzungsunfähigkeit (1/2011) als Voraussetzung für die rechtliche Anerkennung der neuen Geschlechtszugehörigkeit

TSG: Personenstands-/Vornamensänderung - Vorbemerkung (2) -

- Diese wird vorgenommen, wenn die antragstellende Person sich „dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet“
- und „seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben“.
- Es müssen zwei Sachverständige hinzugezogen werden, welche eine zukünftige (d.h. lebenslange) Irreversibilität der „transsexuellen Prägung“ feststellen müssen
- und zwar „mit hoher Wahrscheinlichkeit“.
Quelle: TSG §1 Abs. 1 Nr. 1-2, Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1980, Teil I, S. 1654
 - bei Minderjährigen: veranlasst durch die sorgeberechtigten Eltern (Fürsorgeprinzip), die als gesetzliche Vertreter den Antrag bei Gericht im Namen ihres Kindes stellen (eingeschränkte rechtlich Fähigkeit)

TSG: Personenstands-/Vornamensänderung Abschaffung der Begutachtungspflicht bei Minderjährigen?

- Meyenburg et al. (2015) plädieren jetzt, unabhängig vom Alter des/der Antragssteller/in, für eine generelle Abschaffung des TSG-Begutachtungsverfahrens zur VÄ/PÄ und
- Stattdessen: Karenzregelung – Antrag soll nach Frist von 6 Monaten (bzw. 12 Mon. bei <14-Jährigen) nochmal bestätigt werden, bevor ihm – ohne gutachterliche Stellungnahme – entsprochen wird.
- Begründung: nach einer retrospektiven Auswertung von insgesamt 670 (davon 84 <18-Jährige) von den Autoren erstellten Gutachten im Zehn-Jahreszeitraum 2005-2014 lautete das Ergebnis der Begutachtung in nahezu allen Fällen → „das Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht ändert sich mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr“!
- Lediglich sechs Anträge, also weniger als 1%, seien gutachterlich nicht befürwortet worden, womit die Ablehnungsquote der gerichtlich abgelehnten Verfahren von unter 5% der Anträge in den 1990er Jahren noch weiter gesunken sein dürfte. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass es hierzu keine systematischen (zentrumsübergreifenden) Erhebungen gibt.

TSG: Personenstands-/Vornamensänderung

- Anwendung bei Minderjährigen -

- Im Falle eines Wegfalls der Begutachtung(-spflicht) bei betroffenen Minderjährigen würde es zukünftig möglich sein, dass Eltern eines Kindes eine VÄ/PÄ auf den Weg bringen,
 - ohne dass ansatzweise gewährleistet wäre, dass zuvor von kompetenter Seite zwingend eine fachgerechte Exploration – inklusive ausführl. entwicklungspsychologischer, kinder-/jugendpsychiatrischer, sexualmedizinischer + pädiatrisch-endokrinologischer) Untersuchungen – vorgenommen und im Ergebnis dessen eine korrekte Diagnose gestellt worden ist!
- Problem: durch die Einleitung der juristischen Schritte werden die Weichen gestellt für kompletten Geschlechtsrollenwechsel – dies wirft eine Reihe von Fragen auf..

TSG: Personenstands-/Vornamensänderung

Abschaffung der Begutachtungspflicht bei Minderjährigen?

1. Wer sollte (und könnte) diese folgenreiche Entscheidung treffen bzw. eine diesbezügliche, ausreichend differenzierte und fachlich fundierte Einschätzung vornehmen, die auch andere Entwicklungsaspekte jenseits der Geschlechtsidentitätsthematik angemessen berücksichtigt? Die Eltern? Oder gar ein noch präpubertäres Kind im Alter von 9, 10, 11, 12 Jahren?
 - Letzteres ist unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten schwer vorstellbar;
 - ersteres erscheint wegen der oft vorliegenden (ätiologisch durchaus bedeutsamen) familiären Verstrickungen und der möglichen Funktionalität, die der Wunsch d. Kindes nach Geschlechtsrollenwechsel in so mancher Familie hat, nicht minder problematisch!
 - In Betracht zu ziehen sind mögliche Schuldgefühle und Wünsche der „Wiedergutmachung“ als zugrunde liegende Motive der Eltern.

TSG: Personenstands-/Vornamensänderung

Abschaffung der Begutachtungspflicht bei Minderjährigen?

2. Ist es realistisch anzunehmen, dass die betroffenen minderjährigen Patienten im Falle einer frühzeitigen, bereits in jungen Jahren durchgeführten „personenstandsrechtlichen Transition“ imstande sind, in einer solchen Situation gegen die dadurch geschaffenen „Fakten“ anzugehen, sprich die getroffenen juristischen Maßnahmen mit all ihren psycho-sozio-emotionalen Konsequenzen zu einem späterem Zeitpunkt wieder rückgängig zu machen und einen anderen, alternativen Weg einzuschlagen?
 - Cave: Katamnesen zeigen, die Selbstdiagnose „Transsexualismus“ stellt sich im Entwicklungsverlauf nicht weniger Kinder und Frühadoleszenter (nachträglich) als subjektive Fehleinschätzung heraus
 - das „Umwandlungsbegehren“ kann sich im Zuge der pubertären Veränderungen in Luft auflösen – dies ist empirisch belegt!

TSG: Personenstands-/Vornamensänderung

Abschaffung der Begutachtungspflicht bei Minderjährigen?

3. Schafft nicht grundsätzlich jede Vorgehensweise, die das Kind frühzeitig in seiner „Transidentität“ bestärkt (und diese jetzt auch noch mit „offiziellen Brief und Siegel“ versieht) de facto eine Situation, die es ihm beinahe unmöglich macht, im Falle einer prinzipiell ja möglichen Überwindung des Identitätskonflikts wieder in seinem Geburtsgeschlecht aufzutreten?
 - Eine das Kind in seiner „Transidentität“ bestärkende Grundhaltung (des Therapeuten) geht aus von der irrtümlichen Annahme einer regelhaften Persistenz von GD/GIS bis ins Erwachsenenalter.
 - Dem zugrunde liegt meist die (empirisch nach wie vor nicht belegte) Überzeugung von einer vorrangig oder ausschließlich neurobiologisch-genetischen Determinierung der Geschlechtsidentität.

TSG: Personenstands-/Vornamensänderung

Abschaffung der Begutachtungspflicht bei Minderjährigen?

4. Läuft man mit einer ungeprüften, frühzeitig und in Form eines „reinen Verwaltungsaktes“ vorgenommenen Personenstandsänderung nicht Gefahr, eine spätere transsexuelle Entwicklung als vermeintlich einzige Option für den/die Betroffene/n aktiv zu forcieren – und eine Persistenz der GD/GIS (im Kindesalter) zur Transsexualität zu präjudizieren?
 - Das zweifellos zu beforwortende Recht auf Selbstbestimmung und freie Persönlichkeitsäußerung „beißt sich“ mit dem Anspruch einer ausgangsoffenen Begleitung/möglichst langen Entwicklungsfreiheit
 - Die Entscheidung über die Einleitung juristischer Maßnahmen zur Transition (und des richtigen Zeitpunktes dafür) ist ebenso wie die Indikation zur Einleitung somatisch-medizinischer Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung (1.) vom individuellen Entwicklungsstand abhängig zu machen und sollte (2.) stets interdisziplinär erfolgen.

TSG: Personenstands-/Vornamensänderung

Abschaffung der Begutachtungspflicht bei Minderjährigen?

5. Insgesamt wiederholt sich im Zusammenhang mit der aktuell aufgeworfenen Frage nach der Sinnhaftigkeit des Begutachtungsprocedere und des zur Durchführung einer juristischen Personenstandsänderung erforderlichen Mindestalters genau jene Diskussion um den „richtigen“ Zeitpunkt, so wie wir sie auch bezogen auf die frühestmögliche Einleitung somatomedizinischer (hormoneller) Maßnahmen geführt haben bzw. immer noch führen – wen sollte das wundern, geht es doch hier wie dort ums Faktenschaffen.
 - Die Frage nach dem „ob“ – Begutachtungspflicht ja/nein – ist bei Minderjährigen jedenfalls nicht unabhängig zu diskutieren von der Frage nach dem „ab wann“ oder auch „bis wann“ (... ist eine Begutachtung durch einen „neutralen Dritten“ für die Familie vielleicht hilfreich und deshalb ausgesprochen sinnvoll).

TSG: Personenstands-/Vornamensänderung Abschaffung der Begutachtungspflicht bei Minderjährigen?

6. Folgerichtig wiederholen sich in diesem Kontext die Argumente und der Appell, bei Kindern und Jugendlichen die entwicklungspsychiatrische Perspektive nicht zu vernachlässigen. In der Konsequenz bedeutet das, dass auch in der Debatte um die Begutachtung Minderjähriger die Plastizität der Geschlechtsidentitätsentwicklung unbedingt berücksichtigt und von vornherein andere Bewertungsmaßstäbe angelegt werden müssen:
- Was sich für erwachsene Transsexuelle als wenig sinnvoll erwiesen haben mag, könnte als notwendige *Vorsichtsmaßnahme*, den spezifischen Besonderheiten angepasste abweichende Vorgehensweise bei Kindern/Jugendlichen durchaus gerechtfertigt sein –
 - auch deshalb, weil es die sorgeberechtigten Eltern von der alleinigen Verantwortungsübernahme befreit und weil möglichen Tendenzen einer „*Flucht in die Normalität*“ von Seiten des Gutachters („neutraler Dritter“) ggf. entgegen gewirkt werden kann!

TSG: Personenstands-/Vornamensänderung Abschaffung der Begutachtungspflicht bei Minderjährigen?

7. Die geringe Zahl an negativen Gutachtenentscheidungen (d.h. Nicht-Befürwortung der Personenstands-/Vornamensänderung) in der Vergangenheit könnte auch ein Indiz dafür sein, dass aufgrund der eingebauten Hürde eine gewisse *Vorselektion* stattfindet – was ja per se nicht schlecht ist. Ob sich diese Selektion alternativ auch über die vorgeschlagene „Karenzlösung“ erreichen ließe, ist fraglich. (Ist angedacht, diese Wartezeit mit einer „Beratungspflicht“ zu koppeln?)
- Pfäfflin (2009) führt aus, dass durch entsprechende Information und Konfliktberatung in unsicheren Fällen erreichbar sei, dass ein Antrag zurückgezogen würde (und eine solche Lösung einer ablehnenden Begutachtung in jedem Falle vorzuziehen sei).
- [in: Foerster & Dreßing (Hg.): Handbuch zur psychiatrischen Begutachtung]

TSG: Personenstands-/Vornamensänderung Abschaffung der Begutachtungspflicht bei Minderjährigen?

8. Offene Frage: Auf welche (alternative) Weise könnte formal sichergestellt werden, dass ein betroffenes Kind vor *Antragstellung* bzw. *-entscheid* gesichert einer entsprechenden *Diagnostik (und Behandlung) bei einer erfahrenen Fachkraft* zugeführt wird bzw. werden muss, wenn zukünftig die fachärztliche Begutachtung, wie vorgeschlagen, auch bei minderjährigen Antragsstellern wegfallen sollte?
- Die vorgetragenen Bedenken gegen einen generellen Wegfall der Begutachtungspflicht auch bei Minderjährigen bedeuten *nicht*, dass die aktuellen Rahmenbedingungen, insbesondere der logistisch-administrative Aufwand respektive die *finanzielle Belastung* der betroffenen Familien nicht grundsätzlich kritisch hinterfragt werden sollten (was definitiv zu befürworten wäre).

Übersicht

1. Einführung: Geschlechtszugehörigkeit, -identität und -rolle
2. Entwicklung der Geschlechtsidentität und Diagnose-Kriterien der Geschlechtsidentitätsstörung (ICD-10) / *gender dysphoria* (DSM-5)
3. [Ätiopathogenese von Geschlechtsidentitätsstörungen: Neurobiologische und (entwicklungs-) psychologische Aspekte]
4. Postpubertärer Verlauf und Differenzialdiagnosen von Geschlechtsidentitätsstörungen in der Adoleszenz
5. Unterschiedliche Behandlungsstrategien: PRO und CONTRA einer frühzeitigen Hormontherapie
6. Debatte um Begutachtung zur Personenstandsänderung
7. **Schlussbetrachtung und Fazit**

Schlussbetrachtung und Fazit 1:

- GIS im Kindesalter ≠ Transsexualität
- erwachsene Transsexuelle
 - berichten mehrheitlich aus ihrer Kindheit geschlechtsatypische Verhaltensweisen, die zur retrospektiven Vergabe der Diagnose „GIS im Kindesalter“ berechtigen
- *aber*: im Kindesalter keine sichere Vorhersage möglich!
 - großer Forschungsbedarf hinsichtlich Prädiktoren !
- Klärung nur möglich im Ergebnis eines längeren, ausgangsoffenen, psychodiagnostisch-therapeutischen Prozesses !
 - Alternativen aufzeigen – *aber*: Behandlung richtet sich nicht auf die Auflösung eines Umwandlungsbegehrens !

Schlussbetrachtung und Fazit 2:

- **mindestens einjähriger, fachkundig begleiteter, sog. Alltagstest**
 - Augenmerk auch auf andere, ungelöste Entwicklungsaufgaben !
- **von zentraler Bedeutung zur Diagnosesicherung ist**
 - die ausführliche Exploration der sexuellen Wünsche, inklusive der Selbstbefriedigungsphantasien - nur möglich unter den Bedingungen eines nativen Hormonstatus !
- **Diagnose „Transsexualismus“ erst dann, wenn Irreversibilität der Geschlechtsidentitätsstörung wirklich gesichert ist**
 - nicht vor Abschluss der Pubertät möglich !
- **GnRH-Analoga und konträrgeschlechtliche Sexualsteroid**
 - nur in Einzelfällen und nach strenger Indikationsstellung !

Schlussbetrachtung und Fazit 3:

- integrative, fächerübergreifende Herangehensweise erforderlich
- allgemein: hoher Hilfebedarf von Jugendlichen bei der Integration sexueller Entwicklungsaufgaben, aber auch beim Scheitern an diesen !
- Vielzahl von Überschneidungen zwischen Entwicklungspsychiatrie und Sexualmedizin !
 - Gemeinsamkeiten in Hinblick auf bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis und therapeutische Herangehensweise (psychotherapeutisch, psychoedukativ, medizinisch-pharmakolog.)
- Wechselseitige Befruchtung der beiden Fächer wünschenswert !
 - KJP: größere Aufmerksamkeit auf Sexualität
 - Sexualmedizin: besseres Verständnis von Entwicklungsaspekten

Literatur:



Korte A., Schmidt H., Bosinski H.A.G., Mersmann M., Beier K.M. (2016): Zur Debatte über das TSG: Abschaffung der Begutachtung auch bei Minderjährigen mit der Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung? *Z Sexualforsch* 29: 48-56.

Korte A. & Wüsthof A. (2014): Geschlechtsdysphorie (GD) und Störungen der Geschlechtsidentität (GIS) bei Kindern und Jugendlichen. in: *Oppelt, Dörr; Kinder- und Jugendgynäkologie; Thieme-Verlag*, S. 452-469

Meyenburg B., **Korte A.**, Möller B., Romer G. (2013): AWMF-Leitlinien Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter (F64)

Korte A., Goecker D., Krude H., Lehmkuhl U., Grüters-Kieslich A., Beier K.M. (2008): Geschlechtsidentitätsstörungen (GIS) im Kindes- und Jugendalter – Zur aktuellen Kontroverse um unterschiedliche Konzepte und Behandlungsstrategien. *Dtsch Arztebl*, 105(48): 834-41.

Korte A., Beier, K.M., Vukorepa, J., Mersmann, M., Albiez, V. (2014): Heterogenität von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Jugendlichen: Zur differenziellen Bedeutung der psychiatrischen Komorbidität und individuellen Psychodynamik. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 63: 523-41.

Korte A. (2014): Besonderheiten von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter. in: *Staller, Auer; Therapieleitfaden Transsexualität; Uni-Med-Verlag*, S. 70-87



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:
alexander.korte@med.uni-muenchen.de