

Zur Debatte über das TSG: Abschaffung der Begutachtung zur Vornamensänderung auch bei Minderjährigen mit der Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung?

Alexander Korte^{a, b}, Heinrich Schmidt^c, Hartmut A.G. Bosinski^d,
Maik Mersmann^a und Klaus M. Beier^e

In dem vorliegenden Beitrag beziehen die Autoren Stellung in der aktuellen Debatte über eine Abschaffung des Gesetzes über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen, das so genannte Transsexuellengesetz (TSG). Anknüpfungspunkt ist die Publikation von Meyenburg, Renter-Schmidt und Schmidt (2015), in der zuletzt für die Abschaffung der Begutachtungspflicht plädiert wurde. Demgegenüber argumentieren die Autoren dieses Beitrags, den Vorschlag eines generellen, also auch für Anträge minderjähriger Betroffener geltenden Wegfalls der Begutachtung zur Vornamensänderung aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie kritisch zu hinterfragen. Es wird auf spezielle Anforderungen der Diagnostik, Behandlung und Begutachtung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) eingegangen, die sich bei einer – von den Autoren mit Nachdruck geforderten – Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Aspekte ergeben. Diese Überlegungen, die sich auch auf die Bedeutung familiendynamischer Faktoren erstrecken, geben Anlass zur Befürchtung, dass ein Wegfall der Begutachtung in Fällen, in denen ein Antrag auf Vornamensänderung für unter 16-jährige Patienten gestellt wird, nachteilige Folgen für die Betroffenen und deren Familien haben könnte.

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

^b International Psychoanalytic University Berlin (IPU)

^c Dr. von Haunersches Kinderspital, Klinikum der Universität München (LMU)

^d Praxis für Sexualmedizin, Kiel

^e Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Vorbemerkungen: Debatte um das TSG und Veränderungen der Rechtsauffassung

Die Begutachtungspraxis im Rahmen des TSG wurde in der Vergangenheit bereits mehrfach kritisch reflektiert, sowohl aus sexualwissenschaftlicher Sicht und von Seiten der forensischen Psychiatrie als auch von Vertretern der Rechtswissenschaften (Bruns 2007; Pfäfflin 2009, 2010, 2015). Vogel (2013) wies darauf hin, dass die (überdauernde) Geschlechtsidentitätsstörung (GIS) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) respektive Transsexualität die einzige psychopathologisch definierte Gesundheitsstörung sei, der ein eigenes Gesetz gewidmet ist.¹ Sigusch (1991) und Pfäfflin (2011) plädierten für die Abschaffung des TSG, selbige Forderung wurde wiederholt von Selbsthilfegruppen erhoben. Gesellschaftlicher Einstellungswandel und Veränderungen der Rechtsauffassung lassen sich auch festmachen an den bislang vorgenommenen Revisionen des TSG seit Inkrafttreten des Gesetzes im Jahr 1981. Diese betrafen die ursprünglich für eine Vornamens- und Personenstandsänderung (VÄ/PÄ) gesetzten Altersgrenzen, die Regelungen zur Ehelosigkeit und zur Fortpflanzungsunfähigkeit, letzteres verbunden mit dem Zwang zur Durchführung entsprechender chirurgischer Maßnahmen als Voraussetzung für die rechtliche Anerkennung der neuen Geschlechtszugehörigkeit.

Die letztgenannten Bedingungen wurden gerichtlich ebenso außer Kraft gesetzt wie die Forderung nach Vorliegen eines gesetzlichen Mindestalters, welches heute – im Kontext der hier aufgegriffenen Debatte ist dies relevant – nicht mehr vorausgesetzt wird. Die VÄ/PÄ kann demnach unabhängig vom Alter vorgenommen werden, 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“ (TSG § 1 Abs. 1 Nr. 1 – 2).² Allerdings ist es im Falle der Minderjährigkeit aufgrund der eingeschränkten rechtlichen Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen erforderlich, dass die Einleitung der juristischen Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung durch die sorgeberechtigten Eltern (oder ggf. einen gesetzlichen Vormund) veranlasst wird. Diese stellen als gesetzliche Vertreter den Antrag bei Gericht formal im Namen ihres Kindes.

¹ Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit (TSG, 01.01.1981).

² Nicht weiter eingegangen werden soll auf die suboptimale Begriffswahl bzw. die offensichtlichen Bedeutungsunterschiede zwischen juristischem und medizinischem Vokabular; insbesondere die Formulierung „transsexuelle Prägung“ wie auch die Beschreibung, dass der/die Betroffene „unter dem Zwang“ stehe, ist ungünstig, da sie fälschlicherweise impliziert, die Ätiologie sei geklärt, und eine psychopathologisch-klassifikatorische Einordnung vornimmt, die als unzutreffend kritisiert werden muss (vgl. Pfäfflin 2009).

Meyenburg et al. (2015) plädieren jetzt, unabhängig vom Alter des/der Antragssteller/in, für eine generelle Abschaffung des TSG-Begutachtungsverfahrens zur VÄ/PÄ und schlagen stattdessen vor, eine Karenzregelung einzuführen; demnach solle ein Antrag nach einer Frist von sechs Monaten (bzw. zwölf Monaten bei unter 14-Jährigen) noch einmal bestätigt werden, bevor ihm – ohne gutachterliche Stellungnahme – entsprochen wird. Sie begründen ihre Initiative damit, dass nach einer von ihnen durchgeführten, retrospektiven Auswertung von insgesamt 670 (davon 84 unter 18-Jährige) von ihnen erstellten Gutachten im Zehnjahreszeitraum 2005 – 2014 das Ergebnis der Begutachtung in nahezu allen Fällen lautete, dass sich das Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr ändern werde.³

Welche Folgen hätte die Abschaffung der Begutachtungspflicht für Minderjährigen?

Zu allererst ist Folgendes festzuhalten: Im Falle eines Wegfalls der Begutachtung von betroffenen Minderjährigen würde es zukünftig möglich sein, dass Eltern eines Kindes eine VÄ/PÄ auf den Weg bringen können, ohne dass ansatzweise gewährleistet wäre, dass zuvor von kompetenter Seite zwingend eine fachgerechte Exploration – inklusive ausführlicher kinder-/jugendpsychiatrischer, entwicklungs-/testpsychologischer, sexualmedizinischer (sowie ggf. pädiatrisch-endokrinologischer) Untersuchungen – vorgenommen und im Ergebnis dessen eine korrekte Diagnose gestellt worden ist. Hierin sehen wir ein erhebliches Problem, weil durch die juristischen Schritte die Weichen für einen kompletten Geschlechtsrollenwechsel des Kindes gestellt werden. Die Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen einer auf diese Weise frühzeitig eingeleiteten Transition mit all den damit verbundenen Konsequenzen im Alltag des Kindes wirft aus unserer Sicht eine Reihe von Fragen auf:

Erstens: Wer sollte (und könnte) diese folgenreiche Entscheidung über den richtigen Zeitpunkt der Transition inklusive juristischer Weichenstellung 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 prä- oder frühpubertäres Kind?

³ 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. Dies gilt insbesondere für die Entscheidungspraxis der Medizinischen Dienste der Krankenkassen, denen meist die Gutachten nach dem TSG von Antragstellern für die Kostenübernahme für geschlechtskorrigierende Eingriffe vorgelegt werden und die den darin getroffenen diagnostischen Entscheidungen nicht regelhaft folgen.

Letzteres ist unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten schwer vorstellbar. Ersteres erscheint wegen der oft vorliegenden (ätiologisch bedeutsamen) familiären Verstrickungen und der möglichen Funktionalität, die der Wunsch des Kindes nach Geschlechtsrollenwechsel in so mancher – wenn auch nicht in jeder – Familie hat, nicht minder problematisch (vgl. Korte et al. 2008, 2014). In Betracht zu ziehen sind in diesem Zusammenhang, neben anderen, weniger einfach zu erkennenden familiären Dynamiken, auch mögliche Schuldgefühle und Wünsche der Wiedergutmachung als zugrunde liegende Motive der Eltern – ganz zu schweigen davon, dass die vor schnell beantragte VÄ/PÄ Ausdruck einer Flucht in die (vermeintliche) Normalität sein könnte. Diese implizite Verleugnungstendenz wiederum zieht die Gefahr nach sich, dass die dennoch weiterbestehende Differenz zu anderen Geschlechtsgegnossen nicht hinreichend gewürdigt wird. Auf Seiten des betroffenen Kindes dürfte das eine Ich-Integration der gegebenen Besonderheit ins Konzept vom eigenen Selbst nachhaltig erschweren.

Zweitens: Ist es realistisch anzunehmen, dass die betroffenen minderjährigen Patientinnen/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 Konsequenzen zu einem späterem Zeitpunkt wieder rückgängig zu machen und einen anderen, alternativen Weg einzuschlagen?

Aus den vorliegenden Katamnesen wissen wir, dass die Selbstdiagnose Transsexualismus sich im Entwicklungsverlauf nicht weniger Kinder und Frühadoleszenten (nachträglich) als subjektive Fehleinschätzung herausstellt. Das Umwandlungsbegehren, sei es von den Betroffenen auch noch so leidenschaftlich-vehement vorgetragen, kann sich im Zuge der pubertären Veränderungen in Luft auflösen. Dies ist allerdings an die Voraussetzung gebunden, dass dem Kind ein Entwicklungsraum und ausreichend Zeit gewährt wird, seinen tiefgreifenden Identitätskonflikt auszuloten und sich mit seinem Geburts-geschlecht auszusöhnen. Dass der Anteil der *Persisters*, bei denen die GD/GIS fortbesteht, hinter dem Anteil der *Desisters*, bei denen im Verlauf eine Identifizierung mit dem Geburts-geschlecht gelingt und dann häufig ein homosexuelles Coming-out (bei Jungen rund 80% der Fälle) erfolgt, deutlich zurückbleibt, ist empirisch belegt – egal, ob der Anteil der *Persisters* sich in den einzelnen Studien auf 10, 20 oder 30% beläuft (Überblick bei Korte 2015 und Korte und Wüsthof 2015). Das Vorliegen einer GD/GIS im Kindesalter ist somit zweifelsohne ein stärkerer Prädiktor für die spätere Manifestation einer homosexuellen Orientierung als für eine spätere Transsexualität (Steensma et al. 2013). Und für ersteren Ausgang bedarf es keinerlei juristischer Geschlechtsangleichung, im Gegenteil, sie wäre als echte Erschwernis auf diesem Weg anzusehen.

Drittens: Schafft nicht grundsätzlich jede Vorgehensweise, die das Kind frühzeitig in seiner Transidentität bestärkt und diese auch mit offiziellem Brief und Siegel versieht *de facto* eine Situation, die es ihm beinahe unmöglich macht, im Falle einer prinzipiell möglichen Überwindung des Identitäts-

konflikts wieder in seinem Geburtsgeschlecht aufzutreten? Und widersprüche das ungeprüfte Durchwinken einer frühzeitigen VÄ/PÄ bereits im Kindesalter nicht dem Anspruch eines ergebnisoffenen Prozesses, wie er selbst bei bereits erwachsenen Patientinnen/Patienten mit Symptomen einer Geschlechtsdysphorie gefordert wird?

Die Kritik bezieht sich auch auf verbreitete Empfehlungen, dem Kind frühzeitig ein Auftreten in der Aufmachung des Wunschgeschlechts zu gewähren und es in Schule und Kindergarten vollständig unter dem gewünschten Geschlecht zu führen. Dies scheint eher auf Probleme der Bezugspersonen und der Gesellschaft hinzuweisen, geschlechtsatypische Verhaltensweisen einfach nur hinzunehmen anstatt sie mit Ausdeutungen zu versehen. Bei geschlechtsatypischen körperlichen Merkmalen ist dies ohne weiteres möglich, wie das Beispiel der Körpergröße zeigt: Niemand würde sich zur Beschreibung eines Mannes, der bezogen auf die Geschlechtergruppe unterdurchschnittlich groß ist und die durchschnittliche Körpergröße des Gegengeschlechts aufweist, zu der Aussage versteigen, dieser sei so groß „wie eine Frau“. Ein Junge, der gerne mit Puppen spielt, verhält sich hingegen „wie ein Mädchen“. Wenn es nicht gar heißt, der „ist wie ein Mädchen“.

Bezugspersonen, die ein Kind in der (vermeintlichen) Transidentität bestärken, gehen von der irrtümlichen Annahme einer regelhaften Persistenz von GD/GIS bis ins Erwachsenenalter aus – eine Einschätzung, die angesichts der Datenlage als unhaltbar bezeichnet werden muss (Korte et al. 2008, 2015). Dem zugrunde liegt meist die empirisch nach wie vor nicht belegte Überzeugung von einer vorrangig oder ausschließlich neurobiologisch-genetischen Determinierung der Geschlechtsidentität. Eine allzu sehr identifikatorisch verquickte Haltung der sorgeberechtigten Eltern oder des Behandlers mit dem Kind (bzw. dessen Wunsches nach Geschlechtswechsel) verunmöglicht diesem die Auflösung seines Identitätskonflikt und Bewältigung seiner speziellen psychosexuellen Entwicklungsaufgaben im gleichen Maße, wie dies bei mangelnder emotionaler Unterstützung durch die Bezugspersonen und fehlendem Verständnis seitens der sozialen Umwelt der Fall sein würde. Eine frühzeitige, noch vor der Pubertät vollzogene Transition wird von Expertinnen/Experten in Nordamerika und Europa – auch vor dem Hintergrund der hohen Zahl an *Desisters* – deshalb mehrheitlich abgelehnt (Zucker 2008a, 2008b; Steensma und Cohen-Kettenis 2011).

Viertens: Läuft man mit einer ungeprüften, frühzeitig und in Form eines reinen Verwaltungsaktes vorgenommenen VÄ/PÄ nicht Gefahr, eine Persistenz der GD/GIS (im Kindesalter) zur Transsexualität (im Erwachsenenalter) zu präjudizieren, was schlussendlich bedeuten würde, eine spätere transsexuelle Entwicklung und eine – mit Risiken und Nebenwirkungen behaftete – somatische Umwandlungsbehandlung als vermeintlich einzige Option für das betroffene Kind aktiv zu forcieren (Bosinski 2013)?

Diese Sorge wiegt insofern umso schwerer, als davon auszugehen oder (in Kenntnis der üblicherweise in einer solchen Situation auftretenden Eigendynamik) zumindest zu befürchten ist, dass den juristischen Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung quasi automatisch auch somatische Maßnahmen in

Form einer pubertätsblockierenden Hormonbehandlung folgen werden, die von den Befürwortern dieses Vorgehens als medizinisch unbedenklich und ethisch unproblematisch dargestellt wird. Das zweifellos zu befürwortende, auch auf Minderjährige anzuwendende Recht auf Selbstbestimmung und freie Äußerung der Persönlichkeit beißt sich an dieser Stelle mit dem Anspruch einer ausgangsoffenen therapeutischen Begleitung und dem Grundsatz, dem geschlechtsdysphorischen Kind eine möglichst lange Entwicklungsfreiheit einzuräumen. In Anlehnung an die nach den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) auf S1-Niveau entwickelte Leitlinie „Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter“ (Meyenburg et al. 2013) ist die Entscheidung über die Einleitung juristischer Maßnahmen zur Transition (und des richtigen Zeitpunktes dafür) ebenso wie die Indikation zur Einleitung somatischer Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung vom individuellen Entwicklungsstand des/der Betroffenen abhängig zu machen – wobei nicht das chronologische Alter, sondern der Grad der psychosexuellen Reife entscheidungsrelevant ist. Diese Beurteilung kann und darf nicht allein den Eltern überlassen, sondern muss interdisziplinär vorgenommen werden.

Fünftens: Unabhängig davon, ob es sich um Antragsverfahren bzw. Begutachtungen minderjähriger oder erwachsener Personen handelt, ließe sich noch ein weiterer Aspekt zur Diskussion stellen, über den es nachzudenken lohnte. Könnte die nicht von der Hand zu weisende, von Meyenburg et al. (2015) in der Auswertung über sämtliche Altersgruppen hinweg gezeigte, geringe Zahl an negativen Gutachtenentscheidungen, d. h. Nicht-Befürwortung der VÄ/PÄ in der Vergangenheit, nicht auch ein Indiz dafür sein, dass aufgrund der eingebauten Hürde eine auswählende Differentialdiagnostik stattfindet, die im Ergebnis dazu führt, dass nur diejenigen Betroffenen mit Geschlechtsdysphorie sich für den Schritt einer formal-juristischen Transition entscheiden, die sich in ihrem Entschluss (bereits) absolut sicher sind?

Bestünde tatsächlich ein solcher Zusammenhang, könnte das durchaus im Sinne der Betroffenen sein. Ob sich diese abgrenzende Differentialdiagnostik alternativ auch über die von Meyenburg et al. (2015) vorgeschlagene Karenzlösung erreichen ließe, ist fraglich. Insbesondere solange nicht angedacht wäre, die Wartezeit mit einer Beratungsverpflichtung 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. Vogel (2013) weist überdies darauf hin, dass eine Begutachtung im Rahmen des TSG auch eine Intervention sein kann (und formal auch sein darf); er zieht als Vergleich ein Beispiel aus einem anderen Rechtsgebiet heran, nämlich „die lösungsorientierte Intervention im familienechtlichen Verfahren gemäß § 162 II FamFG“.⁴ In ähnlicher Weise könne auch ein/e TSG-Gutachter/in „über die gutachterliche Neutralität hinaus im

⁴ Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit.

Sinne einer gezielten Intervention tätig [...] werden“ (Vogel 2013: 184). In Anbetracht der Tatsache, dass erfahrungsgemäß in nicht wenigen Fällen zwischen den beiden Elternteilen kein Einvernehmen bzgl. der Frage nach der wahrscheinlichen transsexuellen Entwicklung ihres Kindes (und damit der Indikation zur Transition sowie des richtigen Zeitpunktes dafür) besteht, halten wir diese Sichtweise für richtig und sehen eindeutige Vorteile in der Beibehaltung der bisherigen Begutachtungspraxis, auch gegenüber einer etwaigen (Neu-)Regelung, die lediglich eine Beratungspflicht vorsähe.

Fazit: Plädoyer für eine Beibehaltung der TSG-Begutachtung bei Minderjährigen

Insgesamt wiederholt sich im Zusammenhang mit der aktuell aufgeworfenen Frage nach der Sinnhaftigkeit der Begutachtungspraxis und, darüber hinausgehend, des zur Durchführung juristischer Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung (VÄ/PÄ) aus entwicklungspsychiatrischen Erwägungen heraus – wie wir finden – durchaus begründbaren, wenn auch nach Gesetzeslage rechtlich nicht erforderlichen Mindestalters genau jene Diskussion um den richtigen Zeitpunkt, so wie sie auch bezogen auf die frühestmögliche Einleitung somatischer (hormoneller) Maßnahmen geführt wurde bzw. immer noch geführt wird. Das wundert uns nicht, geht es doch hier wie dort ums Faktenschaffen, um eine fundamentale Weichenstellung. Folgerichtig wiederholen sich im Kontext der Diskussion um eine Abschaffung oder Abänderung des TSG dieselben Argumente und der eindringliche Appell, bei Kindern und Jugendlichen die entwicklungspsychiatrische Perspektive nicht zu vernachlässigen.

In der Konsequenz bedeutet das, dass auch in der Debatte um die TSG-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 bzw. Jugendlichen durchaus gerechtfertigt sein. Auch unabhängig davon, ob im Gefolge einer VÄ/PÄ möglicherweise die Hemmschwelle zur Einleitung einer Hormonbehandlung und weiterer, irreversibler körperverändernder Maßnahmen gesenkt werden würde – ein Effekt, den wir für wahrscheinlich und bedenklich halten –, gilt es, jeden einzelnen Schritt und jede Entscheidung über Maßnahmen der Transition kritisch zu hinterfragen: und zwar in Hinblick auf die individuelle *readiness*, d. h. die tatsächlich dafür vorliegende innere Bereitschaft der/des Betroffenen, abhängig von deren/dessen (sachverständig zu überprüfenden) kognitiver, sozioemotionaler und psychosexueller Entwicklungsreife.

Die Frage nach dem ob, also Begutachtungspflicht ja/nein, ist bei Minderjährigen jedenfalls nicht unabhängig zu diskutieren von zwei weiteren Fragen: einerseits, ab welchem Alter eine VÄ/PÄ überhaupt in Betracht kommt und andererseits, bis zu welchem Alter eine Begutachtung bei VÄ/PÄ obligat

sein sollte. Anknüpfend an unsere oben gemachten Ausführungen könnte letztere Frage auch in folgendem Sinne (suggestiv) formuliert bzw. affirmativ bejaht werden: Ist in vielen Fällen eine Begutachtung durch eine/n neutrale/n Dritte/n für die betroffenen Familien nicht sogar außerordentlich hilfreich und auch aus therapeutischen Gründen sinnvoll, insofern sie die Möglichkeit zur Triangulierung mit sich bringt? Und auch deshalb, weil es die Eltern von der alleinigen Verantwortungsübernahme befreit und weil möglichen intrafamiliären Tendenzen einer Flucht in die Normalität von Seiten der Gutachterin/des Gutachters ggf. entgegen gewirkt werden kann.

Das Problem, auf welche alternative Weise formal sichergestellt werden könnte, dass ein betroffenes Kind vor Antragstellung bzw. -entscheidungslos und gesichert einer entsprechenden Diagnostik und Behandlung bei einer erfahrenen Fachkraft zugeführt wird (werden muss), wenn zukünftig die Begutachtung, wie vorgeschlagen, auch bei minderjährigen Antragstellern wegfallen sollte, bleibt ungelöst. Die vorgetragenen Bedenken gegen einen generellen Wegfall der Begutachtungspflicht auch bei Minderjährigen bedeuten indes nicht, dass die aktuellen Rahmenbedingungen, insbesondere der administrative Aufwand respektive die finanzielle Belastung der betroffenen Familien nicht grundsätzlich kritisch hinterfragt werden sollten, was auch aus Sicht der Verfasser definitiv zu befürworten wäre.

Literatur

- Bosinski HAG. Geschlechtsidentitätsstörung/Geschlechtsdysphorie im Kindesalter. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 2013; 2: 3 – 25
- Bruns M. Folgerungen aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts für die Form des Transsexuellengesetzes. *Z Sexualforsch* 2007; 20: 42 – 51
- Korte A, Goecker D, Krude H, Lehmkuhl U, Grüters-Kieslich A, Beier KM. Geschlechtsidentitätsstörungen (GIS) im Kindes- und Jugendalter – Zur aktuellen Kontroverse um unterschiedliche Konzepte und Behandlungsstrategien. *Dtsch Arztebl* 2008; 105: 834 – 41
- Korte A, Beier KM, Vukorepa J, Mersmann M, Albiez V. Heterogenität von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Jugendlichen: Zur differenziellen Bedeutung der psychiatrischen Komorbidität und individuellen Psychodynamik. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2014; 63: 523 – 541
- Korte A. Besonderheiten von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter. In: Staller G, Auer M, Hrsg. *Therapieleitfaden Transsexualität*. Bremen: Uni-Med 2015; 70 – 87
- Korte A, Wüsthof A. Geschlechtsdysphorie (GD) und Störungen der Geschlechtsidentität (GIS) bei Kindern und Jugendlichen. In: Oppelt P, Dörr HG, Hrsg. *Kinder- und Jugendgynäkologie*; Stuttgart: Thieme 2015; 452 – 469
- Meyenburg B, Romer G, Möller B, Korte A. AWMF-Leitlinien Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- u. Jugendalter (F64). 2013 [Als Online-Dokument: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-014I_S1_Störungen_Geschlechtsidentität_2013-08_01.pdf]
- Meyenburg B, Renter-Schmidt K, Schmidt G. Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz. Auswertung von Gutachten dreier Sachverständiger 2005 – 2014. *Z Sexualforsch* 2015; 28: 107 – 120
- Pfäfflin F. Begutachtung des Transsexualismus. In: Foerster K, Dreßing H, Hrsg. *Psychiatrische Begutachtung*. München: Urban und Fischer 2009
- Pfäfflin F. Sexuelle Identität ins Grundgesetz? *Recht & Psychiatrie* 2010; 28: 123 – 131
- Pfäfflin F. Plädoyer für die Abschaffung des Transsexuellengesetzes. *Recht & Psychiatrie* 2011; 29: 62
- Pfäfflin F. Zur Resolution der Parlamentarischen Versammlung des Europarats über Maßnahmen gegen die Diskriminierung von Transgender People. *Recht & Psychiatrie* 2015; 33: 140 – 144
- Sigusch V. Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick. Teil II: Zur Entpathologisierung des Transsexualismus. *Z Sexualforsch* 1991; 4: 309 – 343

- Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Gender Transitioning before Puberty? Arch Sex Behav 2011; 40: 649 – 650
- Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BPC, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors Associated With Desistence and Persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013; 52: 582 – 590
- Vogel PC. Anmerkungen zur Debatte über das TSG aus Sicht eines praktisch tätigen Psychiaters. Z Sexualforsch 2013; 26: 178 – 184
- Zucker KJ. Children with Gender Identity Disorder: Is there a Best Practice? Neuropsychiatrie de l'enfante et de l'adolescence 2008a; 56: 358 – 364
- Zucker KJ. On the „Natural History“ of Gender Identity Disorder in Children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008b; 47: 1361 – 1363

Korrespondenzadresse

Dr. med. Alexander Korte
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität München
Nußbaumstr. 5a
80336 München
alexander.korte@med.uni-muenchen.de

