

Sachdokumentation:

Signatur: DS 2141

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/2141



Nutzungsbestimmungen

Dieses elektronische Dokument wird vom Schweizerischen Sozialarchiv zur Verfügung gestellt. Es kann in der angebotenen Form für den Eigengebrauch reproduziert und genutzt werden (private Verwendung, inkl. Lehre und Forschung). Für das Einhalten der urheberrechtlichen Bestimmungen ist der/die Nutzer/in verantwortlich. Jede Verwendung muss mit einem Quellennachweis versehen sein.

Zitierweise für graue Literatur

Elektronische Broschüren und Flugschriften (DS) aus den Dossiers der Sachdokumentation des Sozialarchivs werden gemäss den üblichen Zitierrichtlinien für wissenschaftliche Literatur wenn möglich einzeln zitiert. Es ist jedoch sinnvoll, die verwendeten thematischen Dossiers ebenfalls zu zitieren. Anzugeben sind demnach die Signatur des einzelnen Dokuments sowie das zugehörige Dossier.



Das Phänomen „Transkind“
unter der Lupe

Im falschen Körper geboren?

Infodossier

Stiftung Zukunft CH

Inhalt

Einführung	3
Markant steigende Zahlen	4
Transgender als Zeitgeistphänomen?	5
Die Ideologie der Transgender-Lobby	6
Behandlungsprotokolle unter ideologischem Einfluss	8
American College of Pediatricians: Genderdysphorie bei Kindern	11
Abstract	11
Mehr als eine wissenschaftliche Debatte	11
GD als Resultat einer angeborenen inneren Geschlechtsidentität	13
Neuroplastizität	14
Genetischer Determinismus	15
Zwillingsstudien	15
Entscheidender Einfluss nachgeburtlicher Umweltfaktoren	16
GD als objektive psychische Störung	18
Fehlende Evidenz für affirmative Behandlung von GD	21
Trotz fehlender Beweise immer mehr Gender-Kliniken	21
Risiken durch GnRH-Agonisten	22
GnRH-Agonisten, gegengeschlechtliche Hormone und Unfruchtbarkeit	23
Weitere gesundheitliche Risiken durch gegengeschlechtliche Hormone	24
Nachpubertäre Jugendliche mit GD	25
Auswirkungen chirurgischer Geschlechtsumwandlungen	25
Schlussfolgerung	27
Quellen	28

Einführung

Fälle von Kindern und Jugendlichen, die sich im eigenen Körper nicht wohlfühlen und ihr Geschlecht „wechseln“ wollen, sind mittlerweile in aller Munde. Der Leidensdruck von Minderjährigen mit der Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung (bzw. Geschlechtsdysphorie oder Geschlechtsinkongruenz)¹ kann gross sein – auch die damit einhergehende Belastung für Eltern und Familie. Doch wie soll man mit solchen Fällen umgehen? Was ist – auch längerfristig betrachtet – das Beste für die betroffenen Kinder und Jugendlichen?

Eine hilfreiche Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes als Grundlage eines evidenzbasierten und ethisch vertretbaren Umgangs mit Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter hat im November 2018 das „American College of Pediatricians“ (ACPeds) vorgelegt. Das ACPeds ist eine US-amerikanische Organisation von Fachleuten aus dem Gesundheitswesen, die auf die Pflege von Kindern und Jugendlichen spezialisiert sind. Das College sieht seine Aufgabe darin, alle Kinder zu befähigen, optimale physische und emotionale Gesundheit und Wohlbefinden zu erreichen. Im vorliegenden Infodossier legt Zukunft CH die Stellungnahme „Gender Dysphoria in Children“² des ACPeds in eigener Übersetzung aus dem Englischen vor. Zukunft CH möchte mit dieser Publikation Entscheidungsträgern aus Gesellschaft, Politik und Kirche sowie weiteren Interessenten einen tieferen Einblick bieten in eine Debatte, die längst nicht mehr nur die medizinische Fachwelt beschäftigt, sondern in den letzten Jahren grosse gesellschaftliche Bedeutung und politische Brisanz erlangt hat. Zur besseren Einordnung in aktuelle Debatten sowie in den europäischen und schweizerischen Kontext stellen wir der Stellungnahme des ACPeds, dem wir an dieser Stelle für die Zurverfügungstellung seines wichtigen Diskussionsbeitrags danken, eine ausführliche Einleitung voran.

Ein neues Paradigma für den Umgang mit sogenannten „Transkindern“, das seit den 2000er-Jahren von der Transgender- bzw. Transsexuellen-Lobby³ massiv beworben wird und auch unter Fachleuten im In- und Ausland tonangebend geworden ist, gibt Anlass zur Sorge. Es beruht nicht auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern auf der ideologischen Annahme einer vom biologischen Geschlecht losgelösten gefühlten inneren

¹ Der aktuell noch gültige Diagnosekatalog ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation WHO spricht von Geschlechtsidentitätsstörung (GIS) im Kindesalter, während der Diagnosekatalog DSM-5 (2013) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft die Bezeichnung Geschlechtsdysphorie verwendet. Im neuen WHO-Katalog ICD-11, der voraussichtlich 2022 in Kraft tritt, soll die Diagnose künftig Geschlechtsinkongruenz heissen. Hinter dieser Namensänderung muss das ideologische Bemühen gesehen werden, das Phänomen Transgender zu entpathologisieren.

² American College of Pediatricians (2018), Gender Dysphoria in Children, <https://www.acpeds.org/the-college-speaks/position-statements/gender-dysphoria-in-children> [25.04.2019]

³ Trotz Bedeutungsnuancen werden die Adjektive „transgender“, „transsexuell“ oder „transident“ und entsprechende Namenwörter („Transgender“, „Transsexualität“, „Transidentität“) oft synonym verwendet, wie dies auch im vorliegenden Infodossier der Fall ist. Der gemeinsame Sinn ist eine Nichtübereinstimmung des eigenen Erlebens bzw. eine mangelnde Identifizierung mit dem eigenen biologischen Geschlecht. Die meisten Transsexuellen oder Transgender fühlen sich dem entgegengesetzten Geschlecht zugehörig (man spricht dann von Trans-„Männern“ und Trans-„Frauen“). Viele wünschen sich eine medizinische „Angleichung“ an das Wunschgeschlecht. Andere, die sogenannten non-binären Transgender, fühlen sich keinem der beiden Geschlechter zugehörig.

Anstatt betroffene Kinder nach Möglichkeit therapeutisch zu begleiten, werden Kinder neuerdings in ihrer irrigen Annahme, im falschen Körper geboren zu sein, bestätigt.

Geschlechtsidentität. Anstatt betroffene Kinder nach Möglichkeit (therapeutisch) dahin zu begleiten, ihr Fühlen und Denken mit der Realität ihres vollständig gesunden Körpers in Übereinstimmung zu bringen – was übrigens in der Vergangenheit in 80 bis 95 Prozent der Fälle gelang (vgl. ACPeds-Dossier) –, werden Kinder neuerdings in ihrer irrigen Annahme, im falschen Körper geboren zu sein, bestätigt. Aufgrund der fragwürdigen Annahme, die betroffenen Kinder hätten ein untrügliches Empfinden ihrer wahren Geschlechtsidentität,⁴ werden diese darin bestärkt, das entgegengesetzte Geschlecht zu imitieren. Schon durch dieses Einüben, „soziale Transition“⁵ genannt, werden Weichen gestellt, die eine Aussöhnung mit dem tatsächlichen Geschlecht unwahrscheinlicher machen, wie kritische Experten warnen. Das Einsetzen der Pubertät, das bei geschlechtsdysphorischen Kindern – die ihren Körper „hassen“⁶ – grosses psychisches Leiden auslöst, wird medikamentös unterdrückt. Später sorgt die Abgabe gegengeschlechtlicher Hormone dafür, dass sich die sekundären Geschlechtsmerkmale des Wunschgeschlechts ausprägen. Damit sind irreversible Folgen wie die lebenslange Unfruchtbarkeit verbunden. Auch bleiben die psychischen Konflikte, die hinter der Ablehnung des eigenen Geschlechts stehen, auf diese Weise ungelöst. Viele wählen daraufhin auch den Weg der chirurgischen „Geschlechtsumwandlung“. Der eingeschlagene Leidensweg setzt sich so bis zum Lebensende fort.

Markant steigende Zahlen

Der Britische „Gender Identity Development Service (GIDS)“ in London und Leeds wird seit ein paar Jahren mit Fällen von Minderjährigen, die in ihrer Geschlechtsidentität tief verunsichert sind, geradezu überschwemmt. Die Zahl der behandelten Kinder und Jugendlichen hat zwischen 2009 und 2017 von 97 auf über 2'500 Fälle zugenommen.⁷ Besonders betroffen sind Mädchen, bei denen die Fälle im genannten Zeitraum um über 4'000 Prozent gestiegen sind. Im Herbst 2018 hat die britische Regierung eine Untersuchung zu diesem Phänomen angekündigt, dessen Ursachen und Langzeitfolgen als weitgehend unbekannt bezeichnet werden.⁸

⁴ „Da sich die Geschlechtsidentität zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr ausbildet, wissen Kinder schon früh, ob sie sich in ihrem Körper wohlfühlen.“ So David García Núñez, Leiter des Schwerpunkts für Geschlechtervarianz am Unispital Basel am 11. April 2019 gegenüber „20 Minuten“ (<https://www.20min.ch/schweiz/news/story/Geschlechts-OPs-bei-Minderjaehrigen-nehmen-zu-15772108> [24.04.2019]).

⁵ Pauli D (2017), Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen, PSYCHup2date, 11(6), 529–543, S. 536, <https://static1.squarespace.com/static/572347337da24f738c352ec7/t/5a1fc9128165f5ee9e56793d/1512032533523/Geschlechtsinkongruenz+bei+Kindern+und+Jugendlichen.pdf> [24.04.2019]

⁶ Christian Wüthrich, leitender Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Berner Klinik für Kinderheilkunde berichtete gegenüber der „Weltwoche“ (Nr. 5/2019): „Diese Mädchen sässen in der Sprechstunde und sagten dann zum Beispiel: ‚Machen Sie sofort etwas, sonst schneide ich mir die Brüste ab!‘“ Dagmar Pauli, Chefärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Uniklinik Zürich ergänzt: „Häufig sind diese Jugendlichen suizidal, sie hassen ihren Körper und verletzen sich oft selbst.“

⁷ The Guardian, 10. Mai 2018, <https://www.theguardian.com/world/2018/may/10/the-gender-recognition-act-is-controversial-can-a-path-to-common-ground-be-found> [25.04.2019]

⁸ The Times, 16. September 2018, <https://www.thetimes.co.uk/article/inquiry-into-surge-in-gender-treatment-ordered-by-penny-mordaunt-b2ftz9hfn> [25.04.2019]

Auch spezialisierte Zentren im deutschsprachigen Raum berichten über eine „rasante Zunahme der Fallzahlen innerhalb der letzten Jahre, wobei ein Ende des Anstieges noch nicht abzusehen ist.“⁹ Der Münchner Kinderpsychiater Alexander Korte schilderte im Januar 2019 in einem Interview, er erlebe einen „enormen Zulauf an Jugendlichen, die ihr Geschlecht wechseln wollen“: „Wir werden überschwemmt mit Anfragen. Die Zunahme an Fällen bereitet mir Sorge.“¹⁰ Auch Dagmar Pauli, Chefärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich, stellt eine „deutliche Zunahme“ von Kindern und Jugendlichen mit Problemen hinsichtlich ihrer Geschlechtsidentität fest. Pauli, laut der „Weltwoche“ wichtigste Expertin für Transgender-Fragen bei Minderjährigen in der Schweiz, führt seit zehn Jahren die schweizweit erste Sprechstunde für solche Fälle. Anfangs suchten drei bis fünf junge Menschen Hilfe, heute sind es rund hundert im Jahr.¹¹ Wie viele es an allen Standorten in der Schweiz zusammen sind, die solche Sprechstunden anbieten, darüber gibt es keine öffentlich verfügbaren Zahlen. Oft bleibt es jedoch nicht bei therapeutischen Gesprächen. In Zürich lassen gegen 80 Prozent der Jugendlichen, die in die Sprechstunde kommen, ihr Geschlecht chirurgisch oder hormonell umwandeln.¹² Auch wurden 2017 in der Schweiz laut einer Analyse der Spitaldatenbank SwissDRG 14 chirurgische Geschlechtsumwandlungen an Minderjährigen vorgenommen, wobei Fachleute eine steigende Nachfrage durch Minderjährige beobachten.¹³

Transgender als Zeitgeistphänomen?

Ist die massive Zunahme an Minderjährigen und insbesondere an Mädchen (im Münchner Zentrum kommen mittlerweile auf einen Jungen acht Mädchen)¹⁴, die sich im eigenen Körper nicht zuhause fühlen, nur auf die Enttabuisierung des Themas in den letzten Jahren zurückzuführen, wie Dagmar Pauli meint?¹⁵ Oder gibt es gesellschaftliche Dynamiken und Einflüsse, welche zu dieser Zunahme führen, wie Alexander Korte vermutet?¹⁶ Auch der Münchner Psychiater begrüsst zwar die Enttabuisierung des Themas, glaubt aber nicht, dass die gewachsene Offenheit allein den rasanten Anstieg an Fällen erklären kann. Neben Fällen, bei denen tatsächlich die Diagnose Geschlechtsdysphorie vorliegt, hätten wir es hier „offensichtlich auch mit einem Zeitgeistphänomen zu tun“, meint der Psychiater. Korte ist besonders vorsichtig bei Jugendlichen, die sich früher in ihrer Lebensgeschichte noch nie geschlechtsatypisch verhalten haben. In der Pubertät als einer Phase der partiellen Neuerfindung stehen laut dem Fachmann Fragen der Identität ganz oben. Mit dem gegenwärtig medial gehypten Transgender-Thema stehe eine neue „Identitätsschablone“ zur Verfügung. Eine Reihe von Transjungen, die Stars auf Kanälen wie YouTube oder Instagram seien, fungiere als Influencer für diesen Trend. „Diese Personen haben Vorbildfunktion“. Korte weiss aus eigener Erfahrung, dass Nachahmungseffekte eine Rolle

⁹ Pauli (2017), a.a.O., S. 529

¹⁰ Spiegel Online, 18. Januar 2019, <https://www.spiegel.de/plus/geschlechtsumwandlungen-macht-doch-endlich-sonst-bringe-ich-mich-um-a-00000000-0002-0001-0000-000161911783> [24.04.2019]

¹¹ Weltwoche Nr. 5/2019

¹² Weltwoche Nr. 5/2019

¹³ 20 Minuten, 11. April 2019

¹⁴ Spiegel Online, 18. Januar 2019, a.a.O.

¹⁵ Weltwoche, Nr. 5/2019

¹⁶ Spiegel Online, 18. Januar 2019, a.a.O.

Transgender ist zweifelsohne zu einem besorgniserregenden Trend geworden.

spielen dürften: „Auf meiner Patientenliste stehen drei Mädchen und ein Junge, alle im selben Alter und alle aus demselben kleinen bayerischen Ort – das widerspricht jeder statistischen Wahrscheinlichkeit.“ Dafür reicht laut Korte ein in Geschlechterfragen offeneres gesellschaftliches Klima als Erklärung nicht aus.

Trans zu sein sei oft auch ein Garant dafür, dass jemand mehr Aufmerksamkeit bekomme, meint Korte. Im Einzelfall könne es sich um eine Form pubertären Protests handeln, so wie man früher z.B. lange Haare trug. Was jedoch laut Korte wichtiger ist: „Die Selbstkategorisierung als ‚trans‘ gibt Jugendlichen die Möglichkeit, ihrem individuellen Leiden in einer Form Ausdruck zu verleihen, die in unserer Kultur zunehmend akzeptiert ist. Nicht selten verbergen sich hinter dieser Selbstzuordnung andere, individuell unterschiedliche Probleme.“

Transgender ist zweifelsohne zu einem besorgniserregenden Trend geworden, der fragile und verletzte Personen anzieht. Ein düsteres Bild davon, wohin diese Entwicklung noch führen könnte, malt der kanadische Psychologe Jordan Peterson: „Auf jede Person, die man ruhigstellt, indem man ihre Geschlechtsidentitätskonfusion berücksichtigt oder unterstützt, kommen 50 Personen, die man damit so unglaublich verwirrt, dass man es selbst nicht glauben würde“, sagte er 2016 in einem Interview.¹⁷ Er rechnet damit, dass unsere Gesellschaft von einer Epidemie irrtümlich durchgeführter Geschlechtsumwandlungen überrollt werden wird. „Vielleicht betrifft das ungefähr fünf Prozent der Bevölkerung, denen nie jemand Aufmerksamkeit geschenkt hat. Diese Menschen haben weder eine Identität noch einen Sinn ihrer selbst, weil sie ihr Selbst nicht zu artikulieren wissen. Sie haben keinen Platz in der Gesellschaft und suchen natürlich nach Gründen und Lösungen.“ Von diesen Menschen, die in ihrer Verzweiflung jede „Lösung“ ihres Problems anzunehmen bereit seien, würden nun viele denken, sie seien Transgender, warnt Peterson.

Die Ideologie der Transgender-Lobby

Der Hype um Transgender ist ohne den stetig wachsenden politischen und medialen Einfluss der Gender-Ideologie im Allgemeinen und der Transgender-Lobby im Besonderen nicht zu erklären. Letztere versucht, die gefühlsmässige Nichtübereinstimmung mit dem eigenen biologischen Geschlecht zu entpathologisieren und als unhinterfragbare positive Identität zu etablieren. Die streitbare These vom „Transkind“ oder „Transjugendlichen“ begründet die Lobby mit dem vermeintlich untrüglichen Empfinden von Kindern, die unter starkem Leidensdruck den Wunsch äussern, dem anderen Geschlecht anzugehören. Jeder Trans-Aktivist würde gegen diese Formulierung allerdings vehement einwenden: Es gehe nicht um einen Wunsch, sondern darum, dass solche Kinder sich als das annehmen dürften bzw. als das angenommen würden, was sie schon immer gewesen seien – Mädchen oder Junge im falschen Körper. Das Geschlecht von „Transmenschen“ sei „nicht ein Wunsch,

¹⁷ Spiked Online, 15. Oktober 2016, <https://www.spiked-online.com/podcast-episode/i-wont-play-the-pc-game/#.WErHJVzCeUl> [25.04.2019]; zitiert nach der deutschen Übersetzung unter: https://www.novo-argumente.com/artikel/transgender_hype_treibt_seltsame_blueten [24.04.2019]

sondern eine Tatsache – egal wie jemand aussieht“, heisst es in der Infobroschüre „Trans*“¹⁸, herausgegeben vom Transgender Network Switzerland (TGNS).

In einem „Trans-Mädchen“ steckt angeblich genauso viel Weiblichkeit wie in jedem „Cis-Mädchen“, wie man gesunde Mädchen in diesen Kreisen zu nennen pflegt.¹⁹ Mit dieser Wortneuschöpfung suggerieren die Anhänger einer Neubewertung des Phänomens „Trans“, es gäbe (mindestens) zwei Arten von Mädchen bzw. Jungen. Das Unbehagen gegenüber dem eigenen biologischen Geschlecht wird zu einer Identität gemacht und die prinzipielle Zweigeschlechtlichkeit der Art Mensch in Frage gestellt. Dazu bedient man sich subtiler Manipulationen der Sprache: Von „Trans*“ spreche man, wie das TGNS schreibt, „wenn das innere Wissen einer Person, welches Geschlecht sie hat (...), nicht mit dem bei der Geburt zugewiesenen übereinstimmt.“ Es wird also behauptet, das Geschlecht werde dem Menschen bei der Geburt von aussen zugeschrieben, wo es doch tatsächlich (abgesehen von schwierigen Fällen von Intersexualität) einfach nur festgestellt wird.

So wehrt sich das TGNS gegen die Vorstellung, „Transmenschen“ würden einfach „das andere Geschlecht werden wollen“. Für „Transmenschen“ fühle es sich gerade umgekehrt an: „Sie empfinden sich als genau das, was sie sind. Und sie sind es unabhängig vom Coming-out, Hormonen, Namensänderung oder Operationen. Sie werden nicht erst durch Operationen zur ‚richtigen Frau‘ oder zum ‚richtigen Mann‘, sondern sie waren schon immer diese Frau, dieser Mann.“ Deswegen solle auch nicht von „Geschlechtsumwandlung“, sondern von „Geschlechtsangleichung“ gesprochen werden.

Dass es sich für „Transmenschen“ so anfühlt, wird niemand in Zweifel ziehen. Doch soll tatsächlich die physische Wirklichkeit geleugnet werden, nur weil es einige wenige Menschen gibt, die aus tiefliegenden Gründen – von denen noch zu reden sein wird – Mühe haben, diese zu akzeptieren? Es geht nicht darum, erwachsene Menschen zu kritisieren, die sich unter grossem Leidensdruck für eine „geschlechtsumwandelnde“ Operation entscheiden. Doch ist es nicht äusserst fraglich, solche Fälle für normal zu erklären, von ihnen her die Realität auf den Kopf zu stellen und Behandlungsprotokolle für betroffene Kinder an dieser fragwürdigen „Normalität“ auszurichten?

Tanja Martinez, Leiterin des Ressorts Kinder und Jugendliche beim TGNS, definierte 2017 bei einem Anlass in Zürich die Geschlechtsidentität ganz allgemein als ein „inneres Bewusstsein“, für welches der Körper keine konstitutive Rolle spielen soll.²⁰ Unkritisch führte die Heilpädagogin das „transidente“ Bewusstsein, das schon bei drei- bis vierjährigen Kindern auftreten könne, auf ein – nach ihrer Ansicht – untrügliches Gefühl des Kindes für seine wahre Geschlechtszugehörigkeit zurück: „Je kleiner ein Kind, desto mehr spürt es sich, desto weniger beeinflusst ist es von der Gesellschaft.“ Es kann, wie es in der TGNS-Broschüre heisst, „Kindern schon früh bewusst werden, dass das innere Empfinden und der Körper nicht übereinstimmen“; diese Geschlechtsidentität könne man Kindern weder ab-

¹⁸ TGNS (2016), Trans* – Eine Informationsbroschüre von Transmenschen für Transmenschen und alle anderen, <https://www.tgns.ch/wp-content/uploads/2011/08/Broschuere-TRANS-deutsch-2016.pdf> [24.04.2019]

¹⁹ Vgl. <https://www.zukunft-ch.ch/transkinder-ein-fataler-irrtum/> [25.04.2019]

²⁰ Vgl. <https://www.zukunft-ch.ch/transkinder-ein-fataler-irrtum/> [25.04.2019]

noch anerziehen. Das „existentielle innere Bewusstsein“ von „Transkindern“ sei, wie Martinez erklärte, „nicht verhandelbar“.

Stattdessen wird gefordert, dass sich das ganze Umfeld und die Gesellschaft diesen inneren Zuständen unterwerfen. Denn jedes Kind habe, wie Martinez eindringlich betonte, ein Recht, sich als selbstwirksam zu erleben. Für ein „Transkind“ sei dies in unserer zweigeschlechtlichen Welt allerdings schwierig. Anzupassen hat sich darum nach dieser Logik nicht mehr das Trans-„Mädchen“, sondern das „Cis“-Mädchen und dessen Eltern, die Mühe damit haben, wenn ein biologisch klar identifizierbarer Junge die Mädchentoilette besucht. Ein „Transkind“ könne, wie es in der TGNS-Broschüre heisst, „erheblich darunter leiden, wenn es nicht sich selbst sein“ dürfe. Unter „Transkindern und -jugendlichen“ sei nämlich die Suizidrate besonders hoch. Dass dies auch mit intrapsychischen Problemen zu tun haben könnte, welche das falsche Bewusstsein der eigenen Identität erst hervorrufen, wird von dieser Ideologie vehement bestritten.

Hier wird ein extremer Leib-Seele-Dualismus beschworen, der ein gestörtes Gefühlsleben auf Kosten eines gesunden Leibes verabsolutiert und eine integrierte, ganzheitliche Sicht auf den Menschen verhindert. Geschlecht ist nämlich, wie die Kinder- und Jugendärztin Christl Ruth Vonholdt schreibt, „nicht einfach ein ‚biologisches‘ Geschlecht, das vom ‚sozialen Geschlecht‘ überschrieben werden könnte.“²¹ Vielmehr sei der Mensch vom allerersten Anfang an eine bio-psycho-soziale Einheit, die allerdings tief verletzt werden könne. Doch obwohl es erwiesenermassen nur zwei biologische Geschlechter gibt, behaupten die Gender-Ideologen, Zweigeschlechtlichkeit wäre sozialer Zwang, was gerade an Menschen deutlich würde, die sich als zwischen oder ausserhalb der Kategorien von Mann und Frau definierten.

Behandlungsprotokolle unter ideologischem Einfluss

Nicht nur der gesellschaftliche, auch der medizinische Umgang mit geschlechtsdysphorischen Kindern richtet sich zunehmend nach diesen zweifelhaften Prämissen. Symptome werden auf dieser Grundlage interpretiert und entsprechende Behandlungsempfehlungen entworfen, denen auch Schweizer Kinderspitäler folgen. Je mehr Kinder und Jugendliche in ihrer Geschlechtsidentität verunsichert sind, umso wichtiger ist es, dass medizinische Fachpersonen die Probleme, die an sie herangetragen werden, wissenschaftlich fundiert einordnen und einer sachgemässen Behandlung zuführen können, die auch im längerfristigen Interesse der Patienten steht. Doch zeigt sich bei diesem Thema, dass auch die medizinische Fachwelt kein elfenbeinerner Turm abseits gesellschaftlicher Entwicklungen und ideologischer Einflüsse darstellt.

Die renommierten US-Forscher Paul W. Hruz, Paul R. McHugh und Lawrence S. Mayer warnen²² vor den mittlerweile weit verbreiteten Behandlungen Minderjähriger mit

²¹ Vonholdt CR (2016), Editorial, in: Leib, Geschlecht, Identität, DIJG-Bulletin, Nr. 24., <https://www.dijg.de/bulletin/leib-geschlecht-identitaet/transsexualitaet-mutter-kind-bindung/> [24.04.2019]

²² Hruz PW, McHugh PR, Mayer LS (2017), Growing Pains – Problems with Puberty Suppression in Treating Gender Dysphoria, The New Atlantis, Nr. 52, 3–36, <https://www.thenewatlantis.com/publications/growing-pains> [25.04.2019]

Wer junge Menschen solchen Behandlungen aussetzt, gefährdet sie.

pubertätsblockierenden Medikamenten, wie das Bioethik-Institut IMABE berichtet: „Zum einen gebe es kaum wissenschaftliche Literatur darüber, warum manche Menschen eine Geschlechtsidentitätsstörung entwickeln. Ausserdem sei die Zurechnungsfähigkeit von Kindern, die sich kaum der Tragweite ihrer Wünsche bewusst sind, zu hinterfragen. Zum anderen sei der Erfolg der Pubertätsunterdrückung – gemessen an einer Verringerung von pubertätsbedingten psychischen Traumata und einer Verhinderung von Suiziden – unbewiesen. Die Pubertät hormonell zu blockieren, sei ein rein experimentelles Verfahren. Es widerspreche dem ärztlichen Ethos, derartige Verfahren ohne intensive Vorabprüfung bei Kindern anzuwenden. Letztlich müssten die Erziehungsberechtigten der ärztlichen Behandlung zustimmen – und auch dazu, dass ihre Kinder Forschungsgegenstand für Tests von ungeprüften Therapien werden, kritisieren die Experten.“²³ Das Fazit der US-Forscher lautet daher: „Unabhängig von den guten Absichten der Ärzte und Eltern: Wer junge Menschen solchen Behandlungen aussetzt, gefährdet sie.“

Die Anwendung von Pubertätsblockern hält auch der Münchner Psychiater Alexander Korte gegenwärtig für „unverantwortbar“. „Fast alle Kinder, die Pubertätsblocker nehmen, entscheiden sich in einem zweiten Schritt für die Einnahme gegengeschlechtlicher Hormone, also Testosteron- oder Östrogenpräparate.“ Es sei zu befürchten, dass zu einem sehr frühen Zeitpunkt eine Entscheidung getroffen werde, obwohl die Diagnose noch gar nicht gesichert sei. Laut Korte kann man bei einem 11- oder 13-jährigen Kind noch gar nicht wissen, ob seine Geschlechtsdysphorie bis ins Erwachsenenalter andauern wird. „Eine pubertätsblockierende Behandlung, die von den Befürwortern als medizinisch unbedenklich dargestellt wird, forciert nach den bisherigen Erfahrungen möglicherweise eine transsexuelle Entwicklung und verstellt zugleich andere, alternative Entwicklungswege. Sie verhindert eine prinzipiell mögliche Aussöhnung mit dem Geburtsgeschlecht.“²⁴ Korte ist sich allerdings bewusst, dass er in dieser Kontroverse – die er als ideologisch aufgeladenes Minenfeld bezeichnet – eine „Aussenseiterposition“ einnimmt.²⁵

Aus genannten Gründen mahnen Korte und andere kritische Stimmen auch schon bei der sozialen Transition zur Vorsicht. Es gehe darum, dem Kind „nicht das Konzept ‚trans‘ überzustülpen und ihm nicht fortwährend zu vermitteln, es sei vom anderen Geschlecht, nur weil es sich so verhält“.²⁶ So deutlich zur Vorsicht mahnende Stimmen sucht man unter den führenden Schweizer Experten vergeblich. Dagmar Pauli empfiehlt Eltern, offen zu sein und mitzuteilen: „Wenn es dir wichtig ist, dann bist du jetzt das, was du sein möchtest.“²⁷ Auch steht sie der Behandlung Minderjähriger mit Pubertätsblockern ebenso wie mit gegengeschlechtlichen Hormonen aufgeschlossen gegenüber.²⁸ Hingegen lehnt sie eine therapeutische Begleitung mit dem Ziel, dass das betroffene Kind sein biologisches

²³ IMABE-Newsletter, Juli 2017, <https://www.imabe.org/index.php?id=2414> [25.04.2019]

²⁴ Spiegel Online, 18. Januar 2019, a.a.O.

²⁵ Mittelbayerische Zeitung, 22. September 2017, <https://www.mittelbayerische.de/wissen-nachrichten/im-koerper-so-und-im-kopf-ganz-anders-21981-art1565235.html> [24.04.2019]

²⁶ Spiegel Online, 18. Januar 2019, a.a.O. Vgl. auch: Vgl. Korte A, Beier KM, Bosinski HAG (2016), Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter – Ausgangsoffene psychotherapeutische Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung durch Einleitung einer hormonellen Therapie? Sexologie 23(3–4), 117–132

²⁷ Aargauer Zeitung, 24.03.2019, <https://www.aargauerzeitung.ch/schweiz/kinder-im-falschen-koerper-warum-die-transsexualitaet-bei-schuelern-immer-mehr-zunimmt-134243451> [24.04.2019]

²⁸ Pauli (2017), a.a.O., S. 538 f.

Ob dies dem Wohl von Kindern und Jugendlichen tatsächlich dienlich ist, ist mehr als fraglich.

Geschlecht annehmen kann, dezidiert ab: „Eine sogenannte ‚reparative‘ Behandlung, die eine ‚Aussöhnung mit dem Geburtsgeschlecht‘ zum Ziel hat, ist obsolet.“²⁹ Stattdessen scheint sich Pauli mehr an den vermeintlich unhinterfragbaren Gefühlen und Wünschen der leidenden Kinder zu orientieren: „Bei der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz steht das innere Erleben der Geschlechtszugehörigkeit im Vordergrund.“ Und weiter: „Viele Kinder und Jugendliche benötigen psychotherapeutische Unterstützung zur Entwicklung von Selbstbewusstsein und Überwindung von Ängsten, um das von ihnen gewünschte Outing und die Transition durchzuführen.“³⁰ Auch empfiehlt sie wie das TGNS, anstatt von „Geschlechtsumwandlung“ von „Geschlechtsangleichung“ zu sprechen, da es sich um „eine Anpassung an das als genuin erlebte innere Geschlecht handelt“. Sie rät davon ab, das Geburtsgeschlecht mit dem Begriff „biologisches Geschlecht“ zu bezeichnen, weil dies von „Trans*Personen“ als unpassend empfunden werden könne. Denn damit komme „implizit die Annahme zum Ausdruck (...), dass das eigentliche und wahre Geschlecht das körperliche sei, wohingegen das psychische Geschlecht nicht biologisch verankert wäre.“ Passend dazu stellt Pauli auch das binäre Geschlechtersystem in Frage, weil es „Transpersonen“ potentiell ausgrenze und stigmatisiere.³¹

Die in Fragen der Geschlechtsidentität bei Kindern und Jugendlichen tonangebende Fachfrau in der Schweiz scheint somit eine exemplarische Vertreterin des neuen Behandlungsprotokolls samt seiner ideologischen Prämissen zu sein. Ob dieses dem Wohl von Kindern und Jugendlichen tatsächlich dienlich ist, darüber gibt der folgende Überblick des ACPeds zum aktuellen Forschungsstand Aufschluss.

²⁹ Ebd., S. 537

³⁰ Ebd., S. 533, 537

³¹ Ebd., S. 530 f.

American College of Pediatricians: Genderdysphorie bei Kindern

Hinweis: Die Endnoten geben die Quellen des englischen Originals wieder. Die Fussnoten beinhalten Erläuterungen der Redaktion.

Abstract

Genderdysphorie (im Folgenden: GD) im Kindesalter meint einen psychischen Zustand, in dem ein Kind eine ausgeprägte Nichtübereinstimmung zwischen seinem empfundenen Geschlecht und seinem biologischen Geschlecht erlebt. Tritt die GD in der Vorpubertät auf, löst sie sich in den allermeisten Fällen bis zur späten Adoleszenz auf. Aktuell gibt es eine heftige, aber nicht offen geführte Debatte unter Ärzten, Therapeuten und Wissenschaftlern darüber, was mehr und mehr zur Standardtherapie für die GD bei Kindern zu werden scheint. Das neue Paradigma wurzelt in der Annahme, dass die GD angeboren ist. Das Kind wird demnach zunächst mit einem GnRH-Agonisten (Gonadotropin Releasing Hormon) – einem Medikament, das die Pubertätsentwicklung blockiert – behandelt, und anschliessend mit gegengeschlechtlichen Hormonen. Diese Kombination führt zu Unfruchtbarkeit. Ein Überblick über die aktuelle Fachliteratur legt allerdings nahe, dass dieses Behandlungsprotokoll auf der unwissenschaftlichen Gender-Ideologie beruht, nicht evidenzbasiert ist und das bewährte ethische Prinzip „erstens schade nicht!“³² verletzt.

Mehr als eine wissenschaftliche Debatte

Der Begriff „Gender“ meint die psychologischen und kulturellen Eigenschaften, die mit dem biologischen Geschlecht in Verbindung gebracht werden.^a Es handelt sich um ein psychologisches bzw. soziologisches Konzept, nicht um ein biologisches. Die Genderidentität meint das Bewusstsein eines Menschen, männlich oder weiblich zu sein, und wird manchmal auch als das von einem Individuum „empfundene Geschlecht“ bezeichnet. GD im Kindesalter meint einen psychischen Zustand, in dem ein Kind eine ausgeprägte Nichtübereinstimmung zwischen seinem empfundenen und seinem biologischen Geschlecht erlebt. Betroffene äussern oft die Ansicht, dem entgegengesetzten biologischen Geschlecht anzugehören.^b Die Häufigkeit von GD bei Kindern liegt schätzungsweise bei unter einem Prozent.^c Die Zahl der Überweisungen an Spezialkliniken variiert, was das Geschlecht angeht, je nach Alter. In der Vorpubertät liegt das Verhältnis von Jungen und Mädchen zwischen 2:1 und 4,5:1. In der Adoleszenz ist das Verhältnis ausgeglichen;³³ bei Erwachsenen liegt das Verhältnis von Männern und Frauen zwischen 1:1 und 6,1:1.^b

³² Das Prinzip „primum non nocere“ stammt aus der hippokratischen Tradition, die bis in die Antike zurückreicht.

³³ Ein neuer Trend führt jedoch zu einer starken Überrepräsentation von Mädchen im Jugendalter. Vgl. dazu das Einleitungskapitel „Markant steigende Zahlen“.

Die Debatte, wie mit betroffenen Kindern umzugehen ist, ist vorrangig eine ethische Auseinandersetzung, die Ärzte weltweit ebenso betrifft wie die Wissenschaft. Die Medizin bewegt sich nicht in einem moralischen Vakuum. Jedes therapeutische Handeln bzw. Nichthandeln ist die Folge eines moralischen Urteils, das vor dem weltanschaulichen Hintergrund des Arztes getroffen wird. Ebenso ist die Medizin auch dem Spannungsfeld der Politik ausgesetzt. Steht man „sexualpolitisch“ auf der falschen Seite, so kann dies für Menschen, die eine politisch inkorrekte Ansicht vertreten, schwere Konsequenzen haben.

Dr. Kenneth J. Zucker beispielsweise ist seit langem als führende Autorität in Fragen der Geschlechtsidentität bei Kindern anerkannt. Obwohl sich Zucker Zeit seines Lebens auch für die Rechte von Homosexuellen und Transgendern eingesetzt, vertritt er – zur Bestürzung von erwachsenen Transgender-Aktivist*innen – die Ansicht, dass Kinder mit GD in der Vorpubertät am besten geholfen ist, wenn man ihnen hilft, ihre Geschlechtsidentität mit ihrem anatomischen Geschlecht in Einklang zu bringen. Diese Sicht der Dinge kostete Zucker schliesslich nach 30 Jahren Dienst seine Stelle als Direktor der „Child Youth and Family Gender Identity Clinic (GIC)“ am „Center for Addiction and Mental Health“ in Toronto.^{d,e}

Viele Kritiker der Pubertätsunterdrückung vertreten eine für die Moderne kennzeichnende teleologische Weltanschauung (wonach Entwicklungsprozesse in der Natur zweck- und zielgerichtet ablaufen). Sie finden es selbstverständlich, dass die menschliche Natur zielgerichtet ist und dass das Zusammenwirken mit diesem Design zu menschlicher Entfaltung führt. Andere Kritiker hingegen bezeichnen sich als postmodern und weisen solche teleologischen Vorstellungen zurück. Was beide Gruppen eint, ist eine traditionelle Interpretation des Prinzips „erstens schade nicht“. Beispielsweise gibt es eine wachsende Online-Community von „gay-affirmativen“ Ärzten, Psychiatern und Akademikern mit einer Website unter dem Namen: „Youth Trans Critical Professionals – First, do no harm“³⁴. Diese schreiben: „Wir sind besorgt über den Trend, dass Jugendlichen voreilig die Diagnose Transgender gestellt wird, was diese oft auf den Weg zur medizinischen Transition bringt ... Wir vertreten die Ansicht, dass unnötige chirurgische Eingriffe und hormonale Behandlungen, die nicht als sicher erwiesen sind, ein erhebliches Risiko für Jugendliche darstellen. Eine Politik, die solche Behandlungen für Jugendliche, welche die Risiken nicht abschätzen können, direkt oder indirekt fördert, ist unserer Einschätzung nach höchst suspekt.“^f

Die Advokaten des interventionistischen Paradigmas hingegen verstehen sich zwar ebenfalls als postmodern, interpretieren das „erstens schade nicht“ allerdings subjektiv. Johanna Olson-Kennedy, eine auf Jugendmedizin spezialisierte Ärztin des Kinderspitals Los Angeles und führende Vertreterin für pädiatrische Geschlechtstransitionen, sagt explizit, dass dieses Prinzip „subjektiv ist“: „Historisch kommen wir aus einer sehr paternalistischen Perspektive, (...) der gemäss Ärzte darüber entscheiden, was schädlich ist, und was nicht. Und dies ist bezogen auf Gender wirklich problematisch.“^g Olson-Kennedy behauptet nicht nur, „erstens schade nicht“ sei subjektiv, sondern sie sagt auch, dass es dem Kind überlassen werden müsse, auf der Grundlage seiner subjektiven Gedanken und Gefühle zu

³⁴ <https://youthtranscriticalprofessionals.org> [25.04.2019]

Obwohl die Begriffe „gender“ und „sex“ heute oft als austauschbar verwendet werden, waren sie nie wirklich bedeutungsgleich.

entscheiden, was es für sich selbst als schädlich erachte.⁹ Angesichts der kognitiven und erfahrungsbedingten Unreife von Kindern hält das ACPeds diese Einschätzung für hochproblematisch und unethisch.

GD als Resultat einer angeborenen inneren Geschlechtsidentität

„Die Macht der Sprache, die eigene Wahrnehmung der Wirklichkeit einzufärben, ist gross,“^h sagt Dr. William Brennan, Professor für soziale Arbeit. Darum geht die sprachliche Manipulation (linguistic engineering) der sozialen Manipulation (social engineering) immer voraus – auch in der Medizin. Viele hängen dem falschen Glauben an, dass „Gender“ früher das biologische Geschlecht (englisch: „sex“) bezeichnete. Doch obwohl die Begriffe heute oft als austauschbar verwendet werden, waren sie nie wirklich bedeutungsgleich.^{ij} Feministinnen der späten 1960er- und 70er-Jahre gebrauchten „Gender“ für die Bezeichnung des „sozialen Geschlechts“, das auch vom „biologischen Geschlecht“ abweichen konnte. Damit zielten sie darauf ab, in Geschlechterstereotypen wurzelnde ungerechte Diskriminierungen zu überwinden. Die Feministinnen sind massgeblich dafür verantwortlich, dass die Verwendung von „Gender“ anstelle von „Sex“ zum Mainstream geworden ist.³⁵ In jüngerer Zeit haben Vertreter der Queer-Theorie bei ihrem Versuch, die Heteronormativität zu beseitigen, über 50 Gender-Kategorien geschaffen, indem sie das Konzept eines sozialen Geschlechts mit sexuellen Begehrensformen vermischten.ⁱ Doch keine der beiden Verwendungsweisen reflektiert die ursprüngliche Bedeutung von „Gender“.

Vor den 1950er-Jahren meinte „Gender“ männlich oder weiblich, aber nur in der Grammatik, nicht bezogen auf Personen.^{ij} Aus dem Latein kommende Sprachen kategorisieren Namenwörter als männlich oder weiblich und weisen ihnen damit ein Geschlecht zu. Dies änderte, als in den 1950er- und 60er-Jahren Sexologen realisierten, dass sie ihre Geschlechtsumwandlungsagenda durch die Verwendung der englischen Begriffe „sex“ und „transsexual“ nicht ausreichend zu untermauern vermochten. Vom rein wissenschaftlichen Standpunkt aus betrachtet besitzen Menschen ein biologisch festgelegtes Geschlecht und angeborene Geschlechtsunterschiede. Bis heute vermag kein Sexologe, die Gene einer Person durch Hormone und chirurgische Eingriffe zu verändern. Der Geschlechtswechsel (sex change) ist objektiv unmöglich. Sie sahen die Lösung darin, dem Wort „Gender“ eine neue, auf Personen bezogene Bedeutung zu geben. John Money war einer der prominentesten dieser Sexologen, die „Gender“ umdefinierten zum „sozialen Verhalten, das auf eine innere geschlechtliche Identität (an internal sexed identity) hinweist“.^j

Damit erfanden diese Sexologen das ideologische Fundament dafür, dass sie Transsexualität mit chirurgischen Geschlechtsumwandlungen behandelten, und nannten diese Ideologie Gender. Diese von Menschen gemachte Ideologie einer angeborenen, unveränderbaren „inneren geschlechtlichen Identität“ dominiert heute den Mainstream in Medizin, Psychiatrie und Wissenschaft. Die Begriffsgeschichte zeigt, dass „Gender“ nie ein

³⁵ Die Verwendung des Fremdwortes „Gender“ anstelle von „Geschlecht“ ist auch im Deutschen vielerorts üblich geworden. So z.B. im Begriff „Gender Mainstreaming“, der für politische Bemühungen zur Gleichstellung bzw. Gleichmachung von Mann und Frau verwendet wird.

biologischer oder wissenschaftlicher Begriff war. Vielmehr ist „Gender“ ein sozial und politisch konstruiertes Konzept.

In ihrem „Überblick über Genderentwicklung und -nonkonformität bei Kindern und Jugendlichen“ weisen Michelle Forcier und Johanna Olson-Kennedy das binäre Modell der menschlichen Sexualität als „Ideologie“ zurück und präsentieren eine „alternative Perspektive“ der „angeborenen Genderidentität“ entlang eines „Gender-Kontinuums“. Sie empfehlen Kinderärzten, Eltern zu sagen, dass das „wahre Gender“ des Kindes darin liegen würde, was dieses zu fühlen meint, da „das Gehirn und der Körper des Kindes nicht auf der gleichen Seite sein müssen“.^k

Forciers und Olson-Kennedys Behauptung eines angeborenen Widerspruchs zwischen dem Gehirn des Kindes und dem Rest seines Körpers beruht auf diffusionsgewichteten MRI-Untersuchungen, die zeigen, dass der pubertäre Testosteronschub bei Jungen das Volumen der weissen Hirnsubstanz erhöht, sowie auf Untersuchungen der Gehirne von Erwachsenen, die sich als Transgender identifizieren. Eine Studie (Rametti und andere) zeigte, dass die Mikrostruktur der weissen Substanz in den Gehirnen von Frau-zu-Mann (FzM-)transsexuellen Erwachsenen, die keine Testosteronbehandlung begonnen hatten, mehr derjenigen von Männern als von Frauen glich.^l Andere diffusionsgewichtete MRI-Untersuchungen kamen zum Schluss, dass die Mikrostruktur der weissen Hirnmasse sowohl bei FzM- wie auch bei Mann-zu-Frau (MzF-)Transsexuellen in der Mitte zwischen genetischen Frauen und Männern lagen.^m Aufgrund methodischer Mängel können diese und andere neuere Studien aber keine Kausalität beweisen. (...) ³⁶:

Neuroplastizität

Neuroplastizität wird das bestens bekannte Phänomen genannt, dass das Denken und das Verhalten die Mikrostruktur des Gehirns verändert. Es gibt keine Beweise dafür, dass Menschen mit Gehirnmikrostrukturen geboren werden, die für immer unveränderbar sind. Hingegen gibt es deutliche Belege dafür, dass die Erfahrung die Mikrostruktur des Gehirns verändert.ⁿ Sollten darum stringente Studien je Unterschiede in Transgender-Gehirnen feststellen, würden diese dennoch viel eher als Ergebnis von Transgender-Verhalten denn als dessen Ursache gesehen werden müssen.

Mehr ins Gewicht fällt, dass die Gehirne aller männlichen Kinder pränatal durch ihr körpereigenes Testosteron vermännlicht werden, welches ab etwa der achten Schwangerschaftswoche in den Hoden produziert wird. Mädchen haben keine Hoden, weswegen deren Gehirne nicht durch körpereigenes Testosteron vermännlicht werden.^{o,p,q} Darum werden in aller Regel Jungen nicht mit feminisierten Gehirnen und Mädchen nicht mit vermännlichten Gehirnen geboren; abgesehen von den seltenen Störungen der biologischen Geschlechtsentwicklung (Intersexualität, Anm. Red.), oder in Fällen, in denen die Mutter während der Schwangerschaft männlichen Geschlechtshormonen (Androgenen) ausgesetzt war.

³⁶ Das ACPeds-Dossier macht an dieser Stelle Ausführungen zu den methodischen Mängeln der vorliegenden Studien zu den Gehirntypen von Transsexuellen.

Bezüglich der Ursachenforschung zum Phänomen Transgender zeigen Zwillingsstudien eindeutig, dass der genetische Einfluss weit geringer ist als derjenige von Umweltfaktoren.

Genetischer Determinismus

Könnte die Genderidentität auch genetisch festgelegt sein? Verhaltensgenetiker zeigen seit Jahrzehnten, dass Gene das Verhalten zwar beeinflussen, den Menschen aber nicht darauf festlegen, in einer bestimmten Weise zu denken, zu fühlen und sich zu verhalten. Die epigenetische Wissenschaft hat erwiesen, dass Gene nicht als rigide „Baupläne“ für das Verhalten zu verstehen sind. Vielmehr ist es so, dass menschliche „Eigenschaften sich durch den dynamischen Prozess der Wechselwirkung zwischen Genen und Umwelt entwickeln“. Gene allein „determinieren nicht, wer wir sind“.r Bezüglich der Ursachenforschung zum Phänomen Transgender zeigen Zwillingsstudien eindeutig, dass der genetische Einfluss weit geringer ist als derjenige von Umweltfaktoren.

Zwillingsstudien

Zwillingsstudien sind hilfreich bei der Frage, ob Gene oder Umweltfaktoren mehr zu einer bestimmten Eigenschaft beitragen. Da eineiige Zwillinge exakt die gleiche DNA besitzen und spontane Genmutationen vor der Geburt selten sind, werden Eigenschaften, die durch die Gene bestimmt sind, in 100 oder nahezu 100 Prozent der Fälle bei beiden eineiigen Zwillingen auftreten. Die Hautfarbe ist ein Beispiel für eine solche Eigenschaft, die eineiige Zwillinge möglicherweise hundertprozentig miteinander teilen, weil sie allein durch die Gene bestimmt wird.

Die bis dato grösste Zwillingsstudie mit Transsexuellen (Milton Diamond 2013)^s hat 110 Zwillingspaare untersucht. Tabelle 5 dieser Studie zeigt, dass die Übereinstimmung bezüglich Transsexualismus bei eineiigen Zwillingen grösser ist als bei zweieiigen Zwillingen. Dies legt eine mögliche biologische Prädisposition für Genderdysphorie nahe. Der signifikanteste Befund allerdings ist die geringe Zahl übereinstimmender eineiiger Zwillingspaare. Nur 21 von total 74 eineiigen Zwillingspaaren, d.h. gerade mal 28 Prozent, stimmten bezüglich Transsexualismus überein.

Das bedeutet, dass Umweltfaktoren jede biologische Prädisposition an Einfluss übertreffen. Umweltfaktoren sind in fast 75 Prozent der Fälle dafür verantwortlich, dass der eine Zwilling transsexuell wird, der andere hingegen nicht. Und da sich eineiige Zwillinge in derselben Gebärmutter entwickeln, scheinen nichtgemeinsame nachgeburtliche Erfahrungen den grösseren Einfluss zu haben als vorgeburtliche Erfahrungen. Eine hohe, 72-prozentige Nichtübereinstimmungsrate bei eineiigen Zwillingen beweist, dass niemand mit einer Determination zur Genderdysphorie geboren wird, geschweige denn mit einer Vorherbestimmung zum Transgender oder Transsexuellen.

Dieser Befund deckt sich mit den dokumentierten sehr hohen Auflösungsraten von GD bei Kindern, die nicht dazu ermutigt werden, das entgegengesetzte Geschlecht zu imitieren. Die geringe Übereinstimmungsrate bestätigt ebenso die Theorie, dass fortdauernde GD vorrangig auf den Einfluss nichtgemeinsamer Umwelteinflüsse auf manche, biologisch verletzte Kinder zurückzuführen ist. Allein schon die Zwillingsstudien zeigen also, dass die „alternative Sichtweise“ einer „angeborenen Genderidentität“, die im falschen Körper gefangen ist, einen ideologischen Glauben ohne wissenschaftliches Fundament darstellt.

Die zielgerichtete binäre Sicht der menschlichen Sexualität hingegen ist mit der biologischen Realität vereinbar. Die Norm für den Menschen ist es, entweder als männlich oder weiblich bestimmt zu sein. Die Chromosomenpaare „XY“ und „XX“ sind genetisch

Manchmal steht auch eine psychische Erkrankung bei den Eltern am Ursprung einer sozialen Verstärkung.

bestimmend für das biologische Geschlecht, also dafür, ob jemand männlich oder weiblich ist. Sie sind keine genetischen Marker für körperliche Störungen und Geburtsfehler. Die menschliche Sexualität ist planmässig bipolar zum Zwecke der Fortpflanzung der Art. Dieses Prinzip ist unmittelbar einleuchtend. Abgesehen von seltenen Störungen der Geschlechtsentwicklung (Intersexualität, Anm. Red.), wird keinem Kind bei der Geburt ein biologisches Geschlecht oder ein Gender „zugewiesen“. Das Geschlecht prägt sich schon vor der Geburt anatomisch aus und wird bei der Geburt festgestellt.

Störungen der Geschlechtsentwicklung wie z.B. die Androgenresistenz oder das Androgenitale Syndrom betreffen etwa 0,02 Prozent der Bevölkerung.^t Anders als bei Menschen mit normalem Genotyp und funktionierenden Hormonachsen, die sich als „Transgender“ bezeichnen, sind Störungen der Geschlechtsentwicklung dem Menschen angeboren. Geschlechtszuweisende Operationen bei Menschen mit solchen Störungen können kompliziert sein und hängen von verschiedenen genetischen, hormonalen und physischen Faktoren ab. Dennoch bestätigte ein Konsenspapier der „Intersex Society of North America“ von 2006 die Störungen der Geschlechtsentwicklung nicht als drittes Geschlecht.^u

Entscheidender Einfluss nachgeburtlicher Umweltfaktoren

Zwillingstudien zeigen auf, dass Umweltfaktoren, insbesondere postnatale nichtgemeinsame Ereignisse, vorrangig für Entwicklung und Fortbestand von GD verantwortlich sind. Dies ist nicht erstaunlich, zumal bestens bekannt ist, dass die emotionale und psychologische Entwicklung von Kindheit durch positive und negative Erfahrungen beeinflusst wird. Familie und Beziehungen zu Gleichaltrigen, Schule und Nachbarschaft, jede Art von Missbrauchserfahrung, Medienkonsum, chronische Krankheit, Krieg, Naturkatastrophen; dies alles sind Beispiele von Umweltfaktoren, welche die emotionale, soziale und psychologische Entwicklung eines Individuums beeinflussen. *Es konnte allerdings keine einzelne familiäre Dynamik, soziale Situation, ein einzelnes negatives Erlebnis oder eine Kombination davon ausfindig und verantwortlich dafür gemacht werden, dass ein Kind eine GD entwickelt.* (Hervorhebung im Original, Anm. Red.) Diese Tatsache zusammen mit den Zwillingstudien legen nahe, dass es viele Schritte sind, die bei manchen, dafür prädisponierten Kindern zu dieser Entwicklung führen.

Die Literatur zur Ursachenforschung und psychotherapeutischen Behandlung von GD im Kindesalter basiert stark auf klinischen Fallstudien. Diese legen nahe, dass soziale Verstärkung, psychische Erkrankungen der Eltern, Familiendynamiken und soziale Ansteckung – begünstigt durch den Mainstream und die sozialen Medien – bei manchen verletzlichen Kindern die Entwicklung und den Fortbestand von GD bewirken können. Ebenso können auch weitere, bisher unbekannte Faktoren dazu beitragen. Die meisten Eltern erinnern sich, auf das gegengeschlechtliche Verhalten ihrer Kinder (z.B. das Tragen von Kleidern des Gegengeschlechts) zuallererst mit Toleranz und/oder Ermutigung reagiert zu haben. Manchmal steht auch eine psychische Erkrankung bei den Eltern am Ursprung einer sozialen Verstärkung. Von den Müttern mit genderdysphorischen Jungen, die sich eigentlich eine Tochter gewünscht hatten, durchlebte eine kleine Untergruppe eine pathologische Trauer („pathologic gender mourning“). Der Wunsch der Mutter nach einer Tochter kam dabei so zum Ausdruck, dass sie ihren Sohn aktiv als Mädchen kleidete. Diese Mütter litten typischerweise unter verschiedenen Depressionen, die dadurch gelindert wurden, dass sich ihre Söhne feminin kleideten und benahmen.^v

Umfangreiche klinische Literatur dokumentiert, dass Väter femininer Jungen angeben, mit ihren Söhnen im Alter von zwei bis fünf Jahren vergleichsweise weniger Zeit verbracht zu haben als Väter von Jungen aus der Kontrollgruppe. Dies stimmt mit dem Befund überein, dass feminine Jungen sich ihrer Mutter näher fühlen als ihrem Vater. Der amerikanische Psychiater Robert Stoller (1925–1991) beobachtet in seiner klinischen Studie zu Jungen mit GD, dass diese eine ungesund enge Beziehung zu ihrer Mutter hatten sowie eine distanziert oberflächliche Beziehung zu ihrem Vater. Er beschrieb daher die GD bei Kindern als „Entwicklungshemmung (...), bei der eine übertrieben nahe und befriedigende, durch die Präsenz des Vater ungestörte Mutter-Kind-Symbiose den Sohn daran hindert, sich angemessen vom weiblichen Körper und Verhalten seiner Mutter zu lösen.“^v Man fand auch heraus, dass bei Müttern von Kindern mit GD die Rate an psychischen Erkrankungen, vor allem an Depressionen und bipolaren Störungen, „in jeder Hinsicht hoch“ ist. Zudem fühlt sich die Mehrheit der Väter von Jungen mit GD leicht bedroht, weist Schwierigkeiten bei der Affektregulierung auf und hat Gefühle der Unzulänglichkeit. Diese Väter bewältigen ihre Konflikte typischerweise mit übermäßiger Arbeit oder distanzieren sich auf andere Weise von ihren Familien. Meistens unterstützen sich die Eltern gegenseitig nicht und haben Mühe, Beziehungskonflikte zu lösen. Dies verstärkt die konflikthafte und ablehnende Atmosphäre. Aufgrund des Rückzugs oder der Wut der Mutter sowie des väterlichen Versagens zur Vermittlung steigert sich in so einer Situation beim Jungen die Unsicherheit bezüglich des eigenen Selbstwerts. Ängstlichkeit und Unsicherheit des Jungen nehmen zu, ebenso seine Wut, was dazu führen kann, dass er sich mit seinem biologischen Geschlecht nicht zu identifizieren vermag.^w

Systematische Studien über Mädchen mit GD und deren Eltern-Kind-Beziehung wurden bisher keine durchgeführt. Dennoch legen klinische Beobachtungen nahe, dass die Beziehung zwischen Mutter und Tochter meist distanziert und durch Konflikte gezeichnet ist, was bei der Tochter dazu führen kann, dass sie sich von der Mutter entfremdet. In anderen Fällen loben die Eltern die Männlichkeit, während sie die Weiblichkeit abwerten. Auch gibt es Fälle, in denen Mädchen Angst haben vor dem unberechenbaren Zorn ihres Vaters, der auch Missbrauch an der Mutter einschließen kann. Das Mädchen kann so den Eindruck gewinnen, dass es unsicher ist, weiblich zu sein, und verteidigt sich psychologisch dagegen durch das Gefühl, eigentlich ein Junge zu sein. Unterbewusst glaubt es, es wäre sicher vor dem Vater und würde von diesem geliebt, wenn es ein Junge wäre.^v

Es gibt Belege dafür, dass psychische Erkrankungen und/oder Abweichungen von der normalen Entwicklung bei Jugendlichen GD auslösen können, insbesondere bei jungen Frauen. Nach neuen Untersuchungen gibt es eine steigende Zahl von Jugendlichen, die bei Genderidentitätskliniken um einen Geschlechtswechsel nachfragen. Riittakerttu Kaltiala-Heino und andere (2015) haben während der ersten zwei Betriebsjahre einer finnischen Gender-Klinik die jugendlichen Bewerber für einen rechtlichen oder medizinischen Geschlechtswechsel hinsichtlich soziodemografischer, psychiatrischer und geschlechtsidentitätsbezogener Faktoren sowie bezüglich ihrer Entwicklung beschrieben. Sie führten eine strukturierte quantitative retrospektive Durchsicht der Patientenunterlagen sowie eine qualitative Analyse der Fallakten aller jugendlichen Antragsteller durch, die bis Ende 2013 in den Beurteilungsprozess eingetreten waren. Sie stellten fest, dass die Anzahl der Überweisungen höher ausfiel, als aufgrund epidemiologischer Erkenntnisse zu erwarten gewesen wäre. Mädchen waren unter den Antragsstellern deutlich überrepräsentiert. Häufig gingen schwere psychische Störungen der GD voraus. Viele Jugendliche befanden sich im autistischen Spektrum. Diese Befunde passen nicht zum heute allgemein anerkannten Bild eines Kindes mit GD. Die Forscher folgern daraus, dass Behandlungsrichtlinien die GD bei

Eine Studie hat einen Trend unter Jugendlichen dokumentiert, sich nach Konsum von sozialen Medien wie Tumblr, Reddit oder YouTube selbst die Diagnose Transgender auszustellen.

Minderjährigen im Zusammenhang mit schwerer Psychopathologie und Entwicklungsstörungen betrachten sollen.^x

Eine kürzlich durchgeführte Studie hat einen zunehmenden Trend unter Jugendlichen dokumentiert, sich nach einer Steigerung ihres Konsums von sozialen Medien wie Tumblr, Reddit oder YouTube selbst die Diagnose Transgender auszustellen.^y Dies legt nahe, dass auch soziale Ansteckung eine Rolle spielen kann. In vielen Schulen und Communitys gibt es ganze Peergruppen, die sich gleichzeitig als trans „outen“.^y Schliesslich sollte der Untersuchung eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen negativen Kindheitserlebnissen, einschliesslich sexuellem Missbrauch, und dem Transgenderismus grosse Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Überschneidung zwischen geschlechtsabweichendem Verhalten im Kindesalter und einer homosexuellen Orientierung im Erwachsenenalter ist seit langem bekannt.^z Auch gibt es umfangreiche Literatur, die für homosexuelle Erwachsene im Vergleich zu heterosexuellen Erwachsenen eine signifikant grössere Häufigkeit an negativen Erfahrungen und Missbrauch in der Kindheit dokumentiert. Andrea Roberts und andere publizierten 2013 eine Studie, die herausfand, „dass das erhöhte Missbrauchsrisiko in der Kindheit bei Personen mit gleichgeschlechtlicher Sexualität im Vergleich zu Heterosexuellen zur Hälfte mit häufigerem sexuellem Missbrauch erklärt werden kann.“^{aa} Darum ist es möglich, dass manche Menschen eine GD entwickeln und später eine Transgender-Identität behaupten, weil sie in der Kindheit misshandelt und/oder sexuell missbraucht wurden. In dieser Frage ist weitere Forschung notwendig.

GD als objektive psychische Störung

Die Psychologie hat nach und nach das Konzept von Normen für die mentale Gesundheit aufgegeben und fokussiert stattdessen mehr auf emotionale Belastungen. Die „American Psychiatric Association“ (APA) beispielsweise erklärt in der fünften Ausgabe des Diagnosehandbuchs für psychische Störungen (DSM-5), dass GD darin nicht wegen der Diskrepanz zwischen dem individuellen Denken und der physischen Realität aufgelistet wird, sondern wegen der emotionalen Belastung, die das soziale Funktionieren behindert. Das DSM-5 erklärt auch, dass eine Diagnose Bedingung dafür ist, damit Krankenkassen die Kosten für die Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen sowie für chirurgische Geschlechtsumwandlungen zwecks Linderung der emotionalen Belastung durch GD übernehmen. Sind die Belastungen einmal beseitigt, kann nach dieser Sicht der Dinge GD nicht mehr als Störung gelten.^b

Schlüssig sind diese Überlegungen allerdings nicht, wie folgendes Beispiel zeigt: Ein Mädchen mit Magersucht (Anorexia nervosa) hat die andauernde irrationale Meinung, fettleibig zu sein; eine Person, die unter Dysmorphophobie (engl. Abkürzung: BDD) leidet, ist der falschen Überzeugung, dass sie hässlich ist; eine Person mit einer Körperintegritäts-Identitätsstörung (engl. Abkürzung: BIID) sieht sich als behindert und gefangen in einem völlig funktionierenden Körper. Von BIID betroffene Personen fühlen sich durch ihren voll leistungsfähigen Körper oft so sehr belastet, dass sie nach einer chirurgischen Amputation gesunder Gliedmassen oder nach der Durchtrennung des Rückenmarks verlangen.^{bb} Dr. Anne Lawrence, die sich selbst als Transgender identifiziert, vertritt die Ansicht, dass es zwischen BIID und GD viele Parallelen gibt.^{cc} Die besagten irrationalen Annahmen sind – wie auch GD – nicht nur emotional belastend für den Einzelnen, sondern auch lebensbedrohlich. In jedem dieser Fälle können chirurgische Eingriffe, welche die falsche Annahme „bestätigen“ (Fettabsaugung bei Anorexie, kosmetische Chirurgie bei BDD, Amputation oder chirurgisch herbeigeführte Querschnittlähmung bei BIID, chirurgische

Geschlechtsumwandlung bei GD) zwar sehr wohl die emotionale Belastung des Patienten mindern, sie bewirken aber nichts zur Lösung des darunterliegenden psychischen Problems, und können zum Tod des Patienten führen.

Als minimaler Standard bieten sich bessere Alternativen an. Normalität ist definiert worden als „das, was entsprechend seinem Design funktioniert“.^{dd} Eine der Hauptaufgaben des Gehirns liegt in der Wahrnehmung der physischen Realität. Gedanken, die mit der physischen Realität übereinstimmen, sind normal. Gedanken, die von der physischen Realität abweichen, hingegen abnormal – und zudem potentiell gefährlich für das betreffende Individuum oder andere. Dem ist so, ob nun das Individuum, das diese normabweichenden Gedanken hat, eine Belastung spürt oder nicht. Der Glaube einer Person, etwas oder jemand zu sein, der er nicht ist, ist bestenfalls Zeichen eines verwirrten Denkens, im schlechtesten Fall eine Wahnvorstellung. Etwas wird nicht einfach deswegen so, nur weil eine Person es sich so denkt oder fühlt. Und dies wäre selbst dann so, wenn abnormales Denken biologische Ursachen hätte. (...) Menschen, die sich als „gefühlsmässig dem anderen Geschlecht zugehörig“ oder als „etwas dazwischen“ oder als sonst einer Kategorie zugehörig identifizieren, gehören keinem dritten Geschlecht an. Sie bleiben biologisch Männer oder Frauen. GD ist ein Problem im Kopf, nicht im Körper. Kinder mit GD haben keinen gestörten Körper – auch wenn es sich für sie so anfühlt. In ähnlicher Weise bedeutet die Belastung eines Kindes wegen der Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale nicht, dass die Pubertät als Krankheit behandelt werden müsste, da die Pubertät tatsächlich keine Krankheit ist. Und ebenso hat die geäußerte Überzeugung vieler Männer mit GD, ein „weibliches Wesen“ gefangen in einem Männerkörper zu sein, keine wissenschaftliche Grundlage.

Bis vor kurzem war die weltweit vorherrschende Sichtweise, dass GD im Kindesalter ein abnormes Denken oder eine Verwirrung seitens des Kindes widerspiegelt, die möglicherweise vorübergeht. Die Standardbehandlung bestand folglich in achtsamem Warten oder in einer individuellen bzw. die Familie einschliessenden Psychotherapie.^{a,b} Die Ziele der Therapie bestanden gegebenenfalls im Aufarbeiten familiärer Belastungen, in der Behandlung psychosozialer Erkrankungen des Kindes, und darin, dem Kind zu helfen, seine Genderidentität mit seinem biologischen Geschlecht in Einklang zu bringen.^{v,w} Experten beider Lager in der Debatte um die hormonelle Pubertätsunterdrückung stimmen darin überein, dass in diesem Kontext 80 bis 95 Prozent der Kinder mit GD bis zur späten Jugend ihr biologisches Geschlecht annehmen konnten.^{ee} Diese Anschauung begann sich zu wandeln, als erwachsene Transgender-Aktivist:innen zunehmend ihr Narrativ eines „weiblichen Wesens“ bewarben, um soziale Akzeptanz zu erlangen.^j Dr. J. Michael Bailey schrieb 2007, im gleichen Jahr, als am Bostoner Kinderspital die erste Kindergenderklinik ihre Tore öffnete: „Das gegenwärtig kulturell vorherrschende Verständnis des Mann-zu-Frau-Transsexualismus besagt, dass alle Mann-zu-Frau (MzF-)Transsexuellen wesensmässig Frauen sind, die in einem männlichen Körper gefangen sind. Dennoch hat diese Sichtweise geringe wissenschaftliche Grundlagen und stimmt mit klinischen Beobachtungen nicht überein. Ray Blanchard hat gezeigt, dass es zwei verschiedene Untertypen von MzF-Transsexuellen gibt. Die eine Untergruppe, die der homosexuellen Transsexuellen, lässt sich am besten verstehen als ein Typ homosexueller Männer. Die andere Untergruppe sind die autogynophilen Transsexuellen, die durch das erotische Verlangen motiviert sind, eine Frau zu werden. Das Anhalten des kulturell vorherrschenden Verständnisses ist (...) schädlich für die Wissenschaft und viele Transsexuelle.“^{fff}

Heute gibt es in den USA 40 Gender-Kliniken, welche die Verabreichung von Pubertätsblockern und gegengeschlechtlichen Hormonen an Kinder fördern.

Nachdem sich die Sichtweise des „weiblichen Wesens“ durchgesetzt hatte, begann man mit dem Leiden von Transgender-Erwachsenen dafür zu argumentieren, Kindern durch frühe Identifikation, Bestätigung und Pubertätsunterdrückung dasselbe Schicksal zu ersparen. Heute wird behauptet, Diskriminierung, Gewalt, psychische Erkrankungen und Selbstmord wären die unmittelbaren und unvermeidlichen Folgen vorenthaltener sozialer Bestätigung sowie vorenthaltener Pubertätsblocker bzw. gegengeschlechtlicher Hormone für Kinder mit GD.⁹⁹ Diese Behauptung ist allerdings durch die Tatsache widerlegt, dass 80 bis 95 Prozent der Kinder mit GD physisch und psychisch intakt aus der Pubertät kommen, wenn ihnen keine soziale Bestätigung im oben genannten Sinn widerfährt.^{ee} Ferner haben über 90 Prozent der Menschen, die durch Selbstmord ums Leben kommen, eine diagnostizierte psychische Störung.^{hh} Es gibt keine Belege dafür, dass dies bei Kindern mit GD, die sich das Leben nehmen, anders ist. Deshalb sollte die Suizidprävention bei diesen wie bei allen anderen Kindern bei der frühen Identifikation und Behandlung von psychischen Begleiterkrankungen ansetzen.

Nichtsdestotrotz gibt es heute in den USA 40 Gender-Kliniken, welche die Verabreichung von Pubertätsblockern und gegengeschlechtlichen Hormonen an Kinder fördern. Als Grund für die Unterdrückung wird angegeben, dass das Kind mit GD Zeit haben soll, seine Genderidentität frei von der emotionalen Belastung sich ausprägender sekundärer Geschlechtsmerkmale zu erkunden. Die in solchen Kliniken befolgten Standards basieren auf „Expertenmeinungen“. Es gibt keine einzige umfangreiche randomisierte³⁷ kontrollierte Studie, welche die angeblichen Vorteile und potenziellen Schäden der Pubertätsunterdrückung und von Jahrzehnten der Anwendung gegengeschlechtlicher Hormone bei genderdysphorischen Kindern dokumentiert. Auch fehlt jede grosse randomisierte kontrollierte Langzeitstudie, welche die Wirkung verschiedener psychotherapeutischer Massnahmen bei genderdysphorischen Kindern vergleicht mit der Pubertätsunterdrückung und der nachfolgenden Verabreichung künstlicher Geschlechtshormone. Dies sollte im Zeitalter der „evidenzbasierten Medizin“ allen zu denken geben. Noch bedenklicher ist, dass die Pubertätsunterdrückung im Tanner-Stadium 2³⁸ (gewöhnlich im Alter von elf Jahren) gefolgt von der Verabreichung gegengeschlechtlicher Hormone die betroffenen Kinder vollständig unfruchtbar macht, weil sich die für die Kryokonservierung³⁹ notwendigen Keimdrüsengewebe und Keimzellen gar nicht entwickeln konnten.^{ii, jj, kk}

Die Neurowissenschaft zeigt klar, dass das Gehirn des Jugendlichen in kognitiver Hinsicht noch unausgereift ist. Vor dem Alter von Anfang oder Mitte Zwanzig fehlt ihm die Fähigkeit des Erwachsenen, Risiken einzuschätzen.^{ll} Es stellt also ein gravierendes ethisches Problem dar, wenn man irreversible, lebensverändernde Massnahmen an Minderjährigen durchführt, die zu jung sind, um selbst eine fundierte Einwilligung abzugeben. Wie das US-Gesundheitsministerium hervorhebt, ist die ethische Anforderung der informierten

³⁷ Die randomisierte kontrollierte Studie (RCT englisch: randomized controlled trial) ist in der medizinischen Forschung das nachgewiesene beste Studiendesign, um bei einer eindeutigen Fragestellung eine eindeutige Aussage zu erhalten und die Kausalität zu belegen.

³⁸ Laut Dagmar Pauli ist die Pubertätsblockierung ab Tanner-Stadium 2 unbedenklich. Vgl. Pauli (2017), a.a.O., S. 538

³⁹ Das Aufbewahren von Zellen oder Geweben durch Einfrieren in flüssigem Stickstoff.

Durch die Sterilisation eines Menschen, und sei es als Nebenwirkung einer Therapie, wird internationales Recht gebrochen, sofern die Sterilisation ohne volle, freie und informierte Zustimmung erfolgt.

Zustimmung fundamental für die medizinische Praxis: „Die freiwillige Zustimmung der menschlichen Person ist absolut wesentlich.“^{mm} Darüber hinaus wird durch die Sterilisation eines Menschen, und sei es als Nebenwirkung einer Therapie, internationales Recht gebrochen, sofern die Sterilisation ohne volle, freie und informierte Zustimmung erfolgt.ⁿⁿ ⁴⁰

Fehlende Evidenz für affirmative Behandlung von GD

Die Firma Hayes ist in den letzten 20 Jahren zu einer international anerkannten Forschungs- und Beratungsfirma aufgestiegen, die ein grosses Spektrum an medizinischen Technologien evaluiert, um deren Auswirkungen auf die Patientensicherheit, die Gesundheit und die Ressourcennutzung zu bestimmen. 2014 führte Hayes eine umfassende Prüfung der Forschungsliteratur zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern mit GD durch. Das Unternehmen kam zum Schluss: Obwohl Belege auf eine positive Wirkung geschlechtsangleichender Operationen bei genderdysphorischen Erwachsenen „hindeuten“, „lassen gravierende Einschränkungen [der vorliegenden Forschung] nur schwache Schlussfolgerungen zu.“^{oo} Ebenso stellte Hayes fest, dass die Anwendung gegengeschlechtlicher Hormone bei genderdysphorischen Erwachsenen auf Belegen „sehr geringer“ Qualität beruht. (...) ^{pp} ⁴¹

Bezüglich der Behandlung von genderdysphorischen Kindern mit Gonadotropin-Releasing-Hormon(GnRH)-Agonisten und gegengeschlechtlichen Hormonen vergab Hayes die niedrigste Bewertung und bemerkte, dass die Literatur „zu dürftig und die [existierenden] Studien zu limitiert sind, als dass sie Schlussfolgerungen zulassen würden.“^{pp}

Trotz fehlender Beweise immer mehr Gender-Kliniken

Norman Spack, Arzt für Kinderendokrinologie und Begründer der landesweit ersten Gender-Klinik am Bostoner Kinderspital, lancierte 2007 das Pubertätsunterdrückungs-Paradigma in den USA.^{qq} Dieses besteht darin, das Kind zunächst durch den Namenswechsel und den Gebrauch entsprechender Pronomen in seiner falschen Selbstkonzeption zu bestätigen, sowie dadurch, dem Kind das Ausleben des entgegengesetzten Geschlechts zuhause und auswärts zu erleichtern. Anschliessend wird im Alter von elf Jahren die Pubertät durch GnRH-Agonisten blockiert. Schliesslich geht man im Alter von 16 Jahren zu gegengeschlechtlichen Hormonen über – als Vorbereitung auf geschlechtsumwandelnde

⁴⁰ In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, was die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in ihren Richtlinien zu Zwangsmassnahmen in der Medizin (S. 18 unter: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Vulnerable-Patientengruppen/Zwangsmassnahmen-in-der-Medizin.html> [24.04.2019]) schreibt, die auch Teil der Standesordnung der FMH sind: „Auch wenn Jugendliche im zweiten Lebensjahrzehnt eine rasch zunehmende Entscheidungskompetenz in medizinischen Fragen erwerben können, bestehen bei älteren Jugendlichen infolge der langsamen Reifung der entsprechenden Hirnareale oft noch Schwierigkeiten, komplexere Entscheidungen angemessen zu beurteilen. Insbesondere kann es diesen minderjährigen Personen Mühe bereiten, langfristige Risiken und Folgeschäden realistisch wahrzunehmen oder in Betracht zu ziehen, dass die eigene Bewertung dieser Risiken in einigen Jahren anders ausfallen könnte. Die Einschätzung der Urteilsfähigkeit erfordert deshalb besondere Sorgfalt und Fachkompetenz, wenn es um Entscheidungen mit irreversiblen Folgen geht. Die Ausübung der Selbstbestimmung durch den Jugendlichen sollte nicht zum Preis einer irreversiblen Schädigung seiner weiteren Entwicklung und damit seiner zukünftigen Selbstbestimmungsfähigkeit toleriert werden.“

⁴¹ Das ACPeds-Dossier liefert an dieser Stelle weitere Hinweise zur spärlichen wissenschaftlichen Basis für die gängigen Behandlungsweisen von erwachsenen „Transgender“-Personen.

Operationen in der späten Adoleszenz oder im Erwachsenenalter.^{rr} Aktuelle Richtlinien der „Endocrine Society“⁴² verbieten den Gebrauch gegengeschlechtlicher Hormone vor dem Alter von 16 Jahren.⁴³ Doch wird dieses Verbot neuerdings überdacht.^{ss} Einige Genderspezialisten umgehen bereits die Blockierung der Pubertät und verabreichen den Kindern stattdessen ab elf Jahren direkt gegengeschlechtliche Hormone.^{tt} Als Grund wird genannt, dass das Kind so die pubertäre Entwicklung des gewünschten Geschlechts erlebt und ihm dadurch das iatrogene (ärztlich verursachte) emotionale Leiden erspart wird, weiterhin ein vorpubertäres Aussehen zu haben, während Gleichaltrige natürlicherweise ihre pubertäre Entwicklung erleben.

2014 gab es in den USA, konzentriert vor allem an der Ostküste und in Kalifornien, 24 Gender-Kliniken; ein Jahr später waren es bereits 40. Ximena Lopez, Ärztin für Kinderendokrinologie am „Children’s Medical Center“ in Dallas und Mitglied des „GENECIS Programms“ (GENder Education and Care Interdisciplinary Support Program) erklärt: „[Die Anwendung der Richtlinien] nimmt stark zu. Und der Hauptgrund dafür ist die Nachfrage der Eltern, welche die Patienten zu Kinderendokrinologen bringen, weil sie um die Verfügbarkeit dieser Behandlung wissen.“^{uu} Der Hauptgrund, warum diese Behandlung stärker genutzt wird, liegt also bei der Nachfrage der Eltern, nicht in Erkenntnissen der medizinischen Forschung.

Risiken durch GnRH-Agonisten

Unter den GnRH-Agonisten, die für die Pubertätsunterdrückung bei Kindern mit GD verwendet werden, gibt es zwei, die auch für die Behandlung einer verfrühten Pubertät eingesetzt werden: Einerseits Leuprorelin, das monatlich oder dreimonatlich intramuskulär gespritzt wird, und andererseits Histrelin, das für zwölf Monate subkutan in Form eines Implantats verabreicht wird.^{jj} GnRH-Agonisten verhindern aber nicht nur die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale, sondern hemmen auch das Knochenwachstum und verhindern die von den Sexualhormonen abhängige Organisation und Reifung des jugendlichen Gehirns. Schliesslich hindern sie die Fruchtbarkeit, indem sie während der Dauer der Anwendung die Entwicklung des Keimdrüsenorgans sowie reifer Keimzellen unterbinden. Wenn das Kind die GnRH-Agonisten absetzt, setzt die Pubertät ein.^{jj} Folglich behauptet die „Endocrine Society“, die Anwendung von GnRH-Agonisten sowie das Ausleben der Geschlechterrolle des entgegengesetzten Geschlechts seien vollständig reversible Interventionen, die kein Risiko für bleibende Schäden beim Kind darstellten.^{rr,44} Doch stellen soziale Lerntheorien, die Neurowissenschaften und die einzig existierende

⁴² Die „Endocrine Society“ ist die grösste und älteste internationale Fachorganisation auf dem Gebiet der Endokrinologie, der Lehre von den Hormonen.

⁴³ Dagmar Pauli weist darauf hin, dass Behandlungen mit Testosteron bzw. Östrogen – sie bezeichnet diese als „partiell-reversibel“ – gemäss den aktuell gültigen Standards of Care (SOC) der World Professional Association for Transgender Health (WPATH) bereits bei Jugendlichen angewendet werden können und dass die WPATH kein Mindestalter dafür angibt. Die Zürcher Psychiaterin scheint einen flexiblen Umgang mit Altersgrenzen zu bevorzugen, wonach „die Entscheidung im Einzelfall basierend auf dem Entwicklungsstand und dem Ausmass des Leidensdruckes gemeinsam mit den Betroffenen und der Familie gefällt werden muss“. Vgl. Pauli (2017), a.a.O., S. 538 f.

⁴⁴ Dagmar Pauli hält die Wirkung von Pubertätsblockern für reversibel. Vgl. Pauli (2017), a.a.O., S. 538

Ein Kind mit GD darin zu bestärken, in sozialer Hinsicht das Gegengeschlecht zu imitieren und darauffolgend eine Pubertätsblockierung einzuleiten, hat etwas Selbst-erfüllendes.

Langzeitstudie mit Jugendlichen, bei denen eine Pubertätsunterdrückung durchgeführt wurde, diese Behauptung infrage.

In ihrer Studie zeigten de Vries und andere, dass von siebzig Jugendlichen, die als geeignet befunden worden waren, allesamt eine Transgender-Identität annahmen und die Einnahme gegengeschlechtlicher Hormone wünschten.⁴⁵ Dies gibt Anlass zur Sorge. Normalerweise ist GD bei 80 bis 95 Prozent der vorpubertär genderdysphorischen Minderjährigen ein vorübergehendes Phänomen. Dass nun aber 100 Prozent dieser Kinder gegengeschlechtliche Hormone wünschten, deutet darauf hin, dass das Behandlungsprotokoll selbst die Betroffenen unausweichlich dazu führt, sich als Transgender zu identifizieren.

Ein Kind mit GD darin zu bestärken, in sozialer Hinsicht das Gegengeschlecht zu imitieren und darauffolgend eine Pubertätsblockierung einzuleiten, hat etwas Selbsterfüllendes.⁴⁵ Allein schon vom Standpunkt des sozialen Lernens aus gesehen sinkt durch die Wiederholung des gegengeschlechtlichen Verhaltens sowie eine entsprechende Behandlung durch das Umfeld die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind seine Identität mit seinem biologischen Geschlecht in Übereinstimmung bringt.⁴⁶ Dies, zusammen mit der Pubertätsunterdrückung, die die natürliche Feminisierung oder Maskulinisierung des ganzen Körpers und des Gehirns verhindert, führt dazu, dass das Kind entweder ein nicht-geschlechtskonformer vorpubertärer Junge bleibt, der sich als vorpubertäres Mädchen verkleidet, oder umgekehrt. Während Gleichaltrige sich normal zu jungen Männern und Frauen entwickeln, werden diese Kinder psychosozial isoliert. Ihre Fähigkeit, sich mit dem biologischen Geschlecht, das sie tatsächlich sind, zu identifizieren, nimmt ab. Ein Behandlungsprotokoll, das auf Identitätswechsel und Pubertätsunterdrückung baut und unvermeidlich auf ein einziges Ergebnis hinausläuft (Identifikation als Transgender), das die lebenslange Einnahme synthetischer Geschlechtshormone erforderlich macht und zu Unfruchtbarkeit führt, ist weder vollständig reversibel noch harmlos.

GnRH-Agonisten, gegengeschlechtliche Hormone und Unfruchtbarkeit

Da GnRH-Agonisten die Reifung des Keimdrüsengewebes und der Keimzellen in beiden Geschlechtern verhindern, werden Jugendliche, die im Tanner-Stadium 2 Pubertätsblocker und anschliessend gegengeschlechtliche Hormone verabreicht bekommen, unfruchtbar sein. Sie können künftig keine genetischen Nachkommen bekommen, da sie nicht über die

⁴⁵ Vgl. Korte (2016), a.a.O.

⁴⁶ Vgl. McHugh PR et al. (2017), Brief of Amici Curiae in Support of Petitioner, Gloucester County School Board v. G.G., Supreme Court of the United States, Nr. 16-273 (January 10, 2017), S. 16, https://www.americanbar.org/content/dam/aba/publications/supreme_court_preview/briefs_2016_2017/16-273_amicus_pet_mchugh_authcheckdam.pdf [12.08.2018]: „Es ist gut bekannt (...) dass Wiederholungen Auswirkungen haben auf die Struktur und Funktion des menschlichen Gehirns. Das als Neuroplastizität bekannte Phänomen meint, dass es bei einem Kind, das darin bestärkt wird, sich als das entgegengesetzte Geschlecht auszugeben, weniger wahrscheinlich ist, dass es diesen Kurs später im Leben korrigiert. Wenn z.B. ein Junge sich wiederholt wie ein Mädchen verhält, wird sich sein Gehirn wahrscheinlich so entwickeln, dass eine mögliche Übereinstimmung mit seinem biologischen Geschlecht weniger wahrscheinlich wird. Offensichtlich wird also eine Reihe von geschlechtsdysphorischen Kindern, die ihr wahres Geschlecht ansonsten gut annehmen könnten, durch genderaffirmative Richtlinien daran gehindert (...)“

für die Kryokonservierung erforderlichen Keimdrüsengewebe und Keimzellen verfügen. Gleiches passiert, wenn vorpubertären Kindern direkt gegengeschlechtliche Hormone verabreicht werden. Älteren Jugendlichen, die eine Pubertätsunterdrückung abgelehnt hatten, wird geraten, vor dem Behandlungsbeginn mit gegengeschlechtlichen Hormonen eine Kryokonservierung ihrer Keimzellen in Betracht zu ziehen. Dies erlaubt es ihnen, später mit Hilfe künstlicher Fortpflanzung genetische Nachkommen zu haben. Es gibt zwar dokumentierte Fälle, in denen erwachsene Transgender die gegengeschlechtlichen Hormone absetzten, damit ihr Körper Keimzellen produziert, und die tatsächlich ein Kind bekommen haben. Allerdings gibt es keine absolute Garantie für den Erfolg dieser Option. Und abgesehen davon werden Transgenderpersonen durch die chirurgische Geschlechtsumwandlung, bei der die Fortpflanzungsorgane entfernt werden, bleibend unfruchtbar gemacht.^{jj,kk,ll}

Weitere gesundheitliche Risiken durch gegengeschlechtliche Hormone

Potentielle Risiken für Kinder mit GD durch gegengeschlechtliche Hormone basieren auf der Forschungsliteratur zu Erwachsenen. Der Bericht von Hayes sagt bezüglich dieser Gruppe: „Es gibt mögliche langfristige Sicherheitsrisiken durch Hormontherapien, von denen aber keines bewiesen oder definitiv ausgeschlossen werden konnte.“^{pp} Beispielsweise sind sich die meisten Experten einig, dass für erwachsene MzF-Transsexuelle bei oraler Verabreichung von Ethinylestradiol ein erhöhtes Risiko für koronare Herzkrankheit besteht. Deswegen werden alternative Arzneistoffe aus der Gruppe der Östrogene zur Anwendung empfohlen. Doch gibt es eine Studie mit MzF-Erwachsenen, die auch für diese alternativen Präparate dasselbe erhöhte Risiko zeigt. Darum kann das Risiko weder als bestätigt noch als definitiv ausgeräumt betrachtet werden.^{ww,xx,yy} Kinder, die eine Transition anstreben, sind für eine deutlich längere Zeitspanne auf solche Medikamente angewiesen als Erwachsene. Infolgedessen könnten bei ihnen auch die physiologischen Erkrankungen häufiger auftreten, die bei Erwachsenen theoretisch möglich sind, aber selten beobachtet werden. Unter diesen Vorbehalten kann angenommen werden, dass die orale Verabreichung von Östrogen bei Jungen das Risiko für folgende Erkrankungen erhöht: Thrombose/Thromboembolie, Herzkreislauferkrankung, Gewichtszunahme, Hypertriglyceridämie (eine Fettstoffwechselstörung, Anm. Red.), erhöhter Blutdruck, verminderte Glukosetoleranz, Erkrankung der Gallenblase, Prolaktinom (eine Tumorerkrankung, Anm. Red.) sowie Brustkrebs.^{ww,xx,yy} Entsprechend könnten Mädchen, die Testosteron verabreicht bekommen, ein erhöhtes Risiko für folgende Krankheiten zeigen: niedriges HDL-Cholesterin und erhöhte Triglyceride, erhöhter Homocysteinspiegel, Hepatotoxizität, Polycythaemia, erhöhtes Risiko für Schlafapnoe, Insulinresistenz sowie unbekannte Auswirkungen auf die Gewebe von Brust, Gebärmutterschleimhaut und Eierstöcken.^{49,50,51} Zudem können Mädchen, die mindestens ein Jahr lang Testosteron eingenommen haben, sich schon ab 16 Jahren legal die Brüste entfernen lassen – ein chirurgischer Eingriff, der weitere, irreversible Risiken mit sich bringt.^{jj⁴⁷}

⁴⁷ In der Schweiz gibt es kein gesetzliches Mindestalter für chirurgische Geschlechtsumwandlungen. Solche Eingriffe werden bereits heute vereinzelt vor dem 18. Geburtstag vorgenommen. Die Nachfrage ist steigend (20

Gegengeschlechtliche Hormone haben irreversible Folgen für alle Patienten.

Nachpubertäre Jugendliche mit GD

Wie bereits erwähnt, löst sich GD, wenn sie in der Vorpubertät auftritt, in 80 bis 95 Prozent der Fälle bis zur späten Adoleszenz auf, sofern auf soziale Bestätigung oder medizinische Interventionen verzichtet wird. Das bedeutet, dass bei 5 bis 20 Prozent die GD auch im jungen Erwachsenenalter andauert. Gegenwärtig gibt es keinen medizinischen oder psychologischen Test, mit dem sich bestimmen liesse, bei welchen Kindern die GD über die Jugend hinaus andauern wird. Die „Endocrine Society“ und andere, inklusive Dr. Zucker, halten es darum für vernünftig, Kinder, bei denen die GD nach der Pubertät andauert, wie auch jene, die erst nach der Pubertät vorstellig werden, in ihrer GD zu bestärken und im Alter von 16 Jahren mit gegengeschlechtlichen Hormonen fortzufahren.^f

Das ACPeds kann dem aus folgenden Gründen nicht zustimmen. Erstens nehmen nicht alle älteren Jugendlichen mit GD später eine Transidentität an, während gegengeschlechtliche Hormone irreversible Folgen für alle Patienten haben. Zweitens sind Jugendliche nicht ausreichend reif, um bedeutende irreversible medizinische Entscheidungen zu treffen. Das Gehirn des Heranwachsenden hat bis Anfang oder Mitte Zwanzig noch nicht die Fähigkeit, Risiken voll abschätzen zu können. Es stellt demnach ein schwerwiegendes ethisches Problem dar, wenn Minderjährigen erlaubt wird, lebensverändernde medizinische Interventionen inklusive gegengeschlechtliche Hormone – und bei geborenen Mädchen zusätzlich die beidseitige Entfernung der Brüste – in Anspruch zu nehmen, wenn sie noch nicht in der Lage sind, eine informierte Einwilligung abzugeben.

Wie bereits erläutert, ist das ACPeds auch besorgt über den zunehmenden Trend unter Jugendlichen, sich unter dem Einfluss sozialer Medien selbst die Diagnose Transgender zu stellen. Während viele dieser Jugendlichen nach der Selbstidentifizierung einen Therapeuten aufsuchen, wurden viele Staaten durch unwissenschaftlichen politischen Druck dazu gedrängt, Therapeuten davon abzuhalten, zu fragen, warum ein Jugendlicher glaubt, Transgender zu sein. In diesen Staaten dürfen Therapeuten der zugrundeliegenden psychiatrischen Problematik nicht nachgehen, können den Symbolcharakter der GD nicht in Betracht ziehen und dürfen möglicherweise verwirrenden Aspekten wie den sozialen Medien oder der sozialen Ansteckung keine Beachtung schenken.^f

Auswirkungen chirurgischer Geschlechtsumwandlungen

Umfragen zeigen, dass erwachsene Transgender nach der Anwendung von Hormonen oder einer chirurgischen Geschlechtsumwandlung anfänglich ein Gefühl der „Entlastung“ und der „Befriedigung“ ausdrücken. Langfristig führt die Geschlechtsumwandlung aber nicht zu einem Gesundheitszustand, der demjenigen der Allgemeinbevölkerung vergleichbar wäre.^{zz} Eine Studie mit 392 MzF- und 123 FzM-Transsexuellen aus dem Jahre 2001 zeigte

Minuten Online, 11. April 2019, <https://www.20min.ch/schweiz/news/story/Geschlechts-OPs-bei-Minderjaehrigen-nehmen-zu-15772108> [24.04.2019]). Dagmar Pauli empfiehlt, sich an die Richtlinien der World Professional Association for Transgender Health (WPATH) zu halten, und hält entsprechend die Entfernung der Brüste auch schon bei Minderjährigen für vertretbar: „Geschlechtsangleichende Operationen sollten (...) nach dem 18. Geburtstag durchgeführt werden mit Ausnahme der Mastektomie bei Trans*Männern, bei denen ein Eingriff auch früher durchgeführt werden kann, nachdem mit der Testosteronbehandlung begonnen wurde und die Jugendlichen bereits mindestens ein Jahr in der männlichen Rolle leben.“ Vgl. Pauli (2017), a.a.O. a.a.O., S. 539

beispielsweise, dass 62 Prozent der MzF- und 55 Prozent der FzM-Transsexuellen unter Depressionen litten. Fast ein Drittel (32 Prozent) in jeder der Gruppen hatte versucht, sich das Leben zu nehmen.^{aaa} Ebenso fanden Kuhn und andere (2009) bei 52 MzF- und 3 FzM-Transsexuellen 15 Jahre nach der Geschlechtsumwandlung einen deutlich schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand und eine deutlich schlechtere allgemeine Lebenszufriedenheit verglichen mit den Kontrollgruppen.^{bbb} Schliesslich zeigte eine Langzeitstudie mit Transgender-Patienten aus Schweden, dass bei diesen 30 Jahre nach der chirurgischen Umwandlung die Suizidrate fast 20-mal so hoch war wie in der Allgemeinbevölkerung.

Dies beweist natürlich nicht, dass operative Geschlechtsumwandlungen das Risiko für Suizidalität oder andere psychiatrische Erkrankungen erhöht. Vielmehr deutet es darauf hin, dass die Geschlechtsumwandlung allein dem Individuum nicht zu einer Gesundheit verhilft, wie sie die Allgemeinbevölkerung geniesst. Die Autoren der schwedischen Studie fassen ihre Resultate wie folgt zusammen:

Transsexuelle Personen haben nach der Geschlechtsumwandlung deutlich höhere Risiken für Sterblichkeit, suizidales Verhalten und psychiatrische Erkrankungen als die Allgemeinheit der Bevölkerung. Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine Geschlechtsumwandlung, obwohl sie die GD lindert, möglicherweise nicht als Behandlung für Transsexualismus ausreicht. Unsere Ergebnisse sollen für diese Patientengruppe zu einer verbesserten psychiatrischen und somatischen Betreuung nach der Geschlechtsumwandlung inspirieren.^{zz}

Es ist zu beachten, dass diese Ungleichheiten bezüglich der psychischen Gesundheit in einem der LGBT-freundlichsten Ländern der Welt beobachtet wurden. Dies deutet darauf hin, dass diese Gesundheitsunterschiede nicht primär auf soziale Vorurteile zurückzuführen sind, sondern eher auf zugrundeliegende Traumata, die ursächlich sind für die Überzeugung, ein Transgender zu sein, sowie für den Zustand und den Lebensstil erwachsener Transgender. Dies steht auch im Einklang mit einer im „Journal of LGBT Health“ im Jahr 2008 veröffentlichten amerikanischen Studie, in der festgestellt wurde, dass Diskriminierungen nicht für die Unterschiede bezüglich der psychischen Gesundheit zwischen LGBT-Personen und der heterosexuellen Bevölkerung verantwortlich sind.^{ccc}

Bei Verzicht auf hormonale und chirurgische Eingriffe müssen nur 5 bis 20 Prozent der vorpubertären Kinder mit GD später das Leben eines erwachsenen Transgender meistern, das für bestimmte Erkrankungen anfällig zu sein scheint, ebenso wie für ein erhöhtes Risiko eines frühen Todes. Im Gegensatz dazu macht die einzige Studie mit vorpubertären genderdysphorischen Kindern, bei denen eine Pubertätsunterdrückung durchgeführt wurde, deutlich, dass 100 Prozent dieser Kinder als Transgender-Erwachsene durchs Leben gehen werden. Dies zeigt, auf welche statistischen Resultate die derzeitige transgenderfördernde Behandlungsweise an pädiatrischen Gender-Kliniken hinausläuft. (...) ⁴⁸

⁴⁸ Das ACPeds-Dossier gibt an dieser Stelle im Kapitel „Recommendations for research“ Hinweise, in welche Richtung noch weitere Forschung notwendig wäre. Das ACPeds legt besonderen Nachdruck auf die Erforschung sozialer Faktoren, welche in biologisch verletzlichen Kindern GD auslösen können. Ein weiteres zentrales Forschungsfeld wird in der Psychotherapie gesehen.

Schlussfolgerung

Als Genderdysphorie (GD) im Kindesalter wird ein psychischer Zustand beschrieben, in dem ein Kind eine ausgeprägte Nichtübereinstimmung zwischen seinem empfundenen Geschlecht und seinem biologischen Geschlecht erlebt. Zwillingsstudien zeigen, dass GD nicht angeboren ist. Ferner nehmen 80 bis 95 Prozent der Kinder mit GD die Realität ihres biologischen Geschlechts bis zur späten Adoleszenz an, sofern man sie nicht als zugehörig zum Gegengeschlecht bestärkt und keine hormonalen Behandlungen angewendet werden.

Die Behandlung von GD in der Kindheit mit Hormonen bedeutet ein Massenexperiment sowie die Sterilisation von Jugendlichen, die kognitiv nicht in der Lage sind, informierte Entscheidungen zu treffen. Es besteht ein schwerwiegendes ethisches Problem, wenn die Durchführung irreversibler, lebensverändernder Massnahmen an Minderjährigen erlaubt wird, die zu jung sind, selbst eine fundierte Einwilligung abzugeben. Jugendliche können die Tragweite solcher Entscheidungen nicht abschätzen.

Ethische Erwägungen allein gebieten, die Pubertätsunterdrückung mit GnRH-Agonisten, die Verabreichung gegengeschlechtlicher Hormone sowie geschlechtsumwandelnde Operationen bei Kindern und Jugendlichen einzustellen. Das ACPeds empfiehlt einen sofortigen Stopp dieser Interventionen sowie ein Ende der Verbreitung der Gender-Ideologie durch Schullehrpläne und Gesetze. Gesundheitswesen, schulische Lehrpläne und Gesetzgebung müssen in der physischen Realität verankert bleiben. Die wissenschaftliche Forschung sollte sich auf ein besseres Verständnis der psychologischen Gründe dieser Störung und optimale Familien- sowie Individualtherapien konzentrieren sowie auf die Beschreibung der Unterschiede zwischen den Kindern, deren GD sich allein durch behutsames Abwarten auflöst, solchen, deren GD sich durch Therapie auflöst, und solchen, bei denen die GD trotz Therapie fortbesteht

Quellen

- a. Shechner T. Gender identity disorder: a literature review from a developmental perspective. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2010; 47:132–138
- b. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed; 2013:451–459
- c. Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ. Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol*. 2003; 31:41–53
- d. Singal J. How the fight over transgender kids got a leading sex researcher fired. *New York Magazine*, Feb 7, 2016. Available at: <http://nymag.com/scienceofus/2016/02/fight-over-trans-kids-got-a-researcher-fired.html>. Accessed May 15, 2016.
- e. Bancroft J, Blanchard R, Brotto L, et al. Open Letter to the Board of Trustees of CAMH; Jan 11, 2016. Available at: <https://www.ipetitions.com/petition/boardoftrustees-CAMH>. Accessed May 125, 2016.
- f. Youth Trans Critical Professionals. Professionals Thinking Critically about the Youth Transgender Narrative. Available at: <https://youthtranscriticalprofessionals.org/about/>. Accessed June 15, 2016.
- g. Skipping the puberty blockers: American „transgender children“ doctors are going rogue; Nov 4, 2014. Available at: <https://gendertrender.wordpress.com/2014/11/11/skipping-the-puberty-blockers-american-transgender-children-doctors-are-going-rogue/>. Accessed May 15, 2016.
- h. Brennan, W. *Dehumanizing the Vulnerable: When word games take lives*. Chicago: Loyola University Press, 1995.
- i. Kuby, G. *The Global Sexual Revolution: Destruction of freedom in the name of freedom*. Kettering, OH: Angelico Press, 2015.
- j. Jeffeys, S. *Gender Hurts: A feminist analysis of the politics of transgendersim*. NY: Routledge, 2014 (p. 27).
- k. Forcier M, Olson-Kennedy J. Overview of gender development and gender nonconformity in children and adolescents. *UpToDate*; 2016. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gender-development-and-clinical-presentation-of-gender-nonconformity-in-children-and-adolescents>. Accessed May 16, 2016.
- l. Rametti G, Carrillo B, Gomez-Gil E, et al. White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *J Psychiatr Res* 2011; 45:199–204.
- m. Kranz GS, Hahn A, Kaufmann U, et al. White matter microstructure in transsexuals and controls investigated b diffusion tensor imaging. *J Neurosci* 2014; 34(46):15466–15475.
- n. Gu J, Kanai R. What contributes to individual differences in brain structure? *Front Hum Neurosci* 2014; 8:262.

- o. Reyes FI, Winter JS, Faiman C. Studies on human sexual development fetal gonadal and adrenal sex steroids. *J Clin Endocrinol Metab* 1973;37(1):74–78.
- p. Lombardo M. Fetal testosterone influences sexually dimorphic gray matter in the human brain. *J Neurosci* 2012; 32:674–680.
- q. Campano A. [ed]. Geneva Foundation for Medical Education and Research. *Human Sexual Differentiation*; 2016. Available at: www.gfmer.ch/Books/Reproductive_health/Human_sexual_differentiation.html. Accessed May 11, 2016.
- r. Shenk, D. *The Genius in All of Us: Why everything you've been told about genetics, talent, and IQ is wrong.* (2010) New York, NY: Doubleday; p. 18.
- s. Diamond, M. „Transsexuality Among Twins: identity concordance, transition, rearing, and orientation.“ *International Journal of Transgenderism*, 14(1), 24–38. (Note: the abstract of this article erroneously states that the concordance rate from MZ twins is 20 percent. Dr. Cretella, the author of this paper, „Gender Dysphoria in Children,“ has therefore referenced Dr. Diamond's data directly to demonstrate that the actual concordance rate is slightly higher at 28 percent.)
- t. Sax L. How Common is Intersex. *J Sex Res.* 2002 Aug; 39(3):174–8. Available at <http://www.leonardsax.com/how-common-is-intersex-a-response-to-anne-fausto-sterling/> Accessed Nov 1, 2018.
- u. Consortium on the Management of Disorders of Sex Development. *Clinical Guidelines for the Management of Disorders of Sex Development in Childhood.* Intersex Society of North America; 2006. Available at: www.dsdguidelines.org/files/clinical.pdf. Accessed Mar 20, 2016.
- v. Zucker KJ, Bradley SJ. Gender Identity and Psychosexual Disorders. *FOCUS* 2005; 3(4):598–617.
- w. Zucker KJ, Bradley SJ, Ben-Dat DN, et al. Psychopathology in the parents of boys with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:2–4.
- x. Kaltiala-Heino et al. 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* (2015) 9:9.
- y. Littman L. Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports. *PLOS one.* August 2018 Available at <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202330> Accessed Nov 1, 2018.
- z. Zucker KJ, Spitzer RL. Was the Gender Identity Disorder of Childhood Diagnosis Introduced into DSM-III as a Backdoor Maneuver to Replace Homosexuality? *Journal of Sex and Marital Therapy.* 2005; 31:31–42.
- aa. Roberts A. Considering alternative explanations for the associations among childhood adversity, childhood abuse, and adult sexual orientation: reply to Bailey and Bailey (2013) and Rind (2013). *Arch Sexual Behav* 2014; 43:191–196.

- bb. Blom RM, Hennekam RC, Denys D. Body integrity identity disorder. *PLoS One* 2012;7(4).
- cc. Lawrence A. Clinical and theoretical parallels between desire for limb amputation and gender identity disorder. *Arch Sexual Behavior* 2006; 35:263–278.
- dd. King CD. The meaning of normal. *Yale J Biol Med* 1945; 18:493–501.
- ee. Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ. The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *J Sexual Med* 2008;5:1892–1897.
- ff. Bailey MJ, Tria K. What many transsexual activists don't want you to know and why you should know it anyway. *Perspect Biol Med* 2007; 50:521–534. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17951886. Accessed May 11, 2016.
- gg. Sadjadi S. The endocrinologist's office—puberty suppression: saving children from a natural disaster? *Med Humanit* 2013; 34:255–260.
- hh. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 2002; 1(3):181–185.
- ii. Eyler AE, Pang SC, Clark A. LGBT assisted reproduction: current practice and future possibilities. *LGBT Health* 2014; 1(3):151–156.
- jj. Schmidt L, Levine R. Psychological outcomes and reproductive issues among gender dysphoric individuals. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2015; 44:773–785.
- kk. Jeffreys, S. The transgenering of children: gender eugenics. *Women's Studies International Forum* 2012; 35:384–393.
- ll. Johnson SB, Blum RW, Giedd JN. Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *J Adolesc Health* 2009; 45(3):216–221.
- mm. US Department of Health and Human Services. Nuremberg Code; 2015. Available at: www.stat.ncsu.edu/people/tsiatis/courses/st520/references/nuremberg-code.pdf. Accessed 5/15/16.
- nn. World Health Organization. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. Interagency Statement; 2014. Available at: www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf. Accessed May 16, 2016.
- oo. Hayes, Inc. Sex reassignment surgery for the treatment of gender dysphoria. Hayes Medical Technology Directory. Lansdale, Pa.: Winifred Hayes; May 15, 2014.
- pp. Hayes, Inc. Hormone therapy for the treatment of gender dysphoria. Hayes Medical Technology Directory. Lansdale, Pa: Winifred Hayes; May 19, 2014.
- qq. Kennedy P. Q & A with Norman Spack: a doctor helps children change their gender. *Boston Globe*, Mar 30, 2008. Available at http://archive.boston.com/bostonglobe/ideas/articles/2008/03/30/qa_with_norman_spack/. Accessed May 16, 2016.

rr. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Wall HA, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2009; 94:3132–3154.

ss. Reardon S. Transgender youth study kicks off: scientists will track psychological and medical outcomes of controversial therapies to help transgender teens to transition. *Nature* 2016; 531:560. Available at: www.nature.com/news/largest-ever-study-of-transgender-teenagers-set-to-kick-off-1.19637. Accessed May 16, 2016.

tt. Keleman M. What do transgender children need? *Houstonian Magazine*, Nov 3, 2014. Available at: www.houstoniamag.com/articles/2014/11/3/what-do-transgender-children-need-november-2014. Accessed May 16, 2016.

uu. Farwell S. Free to be themselves: Children's Medical Center Dallas opens clinic for transgender children and teenagers, the only pediatric center of its type in the Southwest. *Dallas Morning News*, Jun 4, 2015. Available at: <http://interactives.dallasnews.com/2015/gender/>. Accessed May 16, 2016.

vv. De Vries ALC, Steensma TD, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis, PT. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med* 2011; 8:2276–2283.

ww. Feldman J, Brown GR, Deutsch MB, et al. Priorities for transgender medical and healthcare research. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2016; 23:180–187.

xx. Tangpricha V. Treatment of transsexualism. UpToDate Available at: www.uptodate.com/contents/treatment-of-transsexualism?source=search_result&search=treatment+of+transsexualism&selectedTitle=1percent7E8. Accessed May 14, 2016.

yy. Moore E, Wisniewski A, Dobs A. Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88:3467–3473.

zz. Dhejne, C, et.al. „Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden.“ *PLoS ONE*, 2011; 6(2). Affiliation: Department of Clinical Neuroscience, Division of Psychiatry, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. Accessed 7.11.16 from <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0016885>.

aaa. Clements-Nolle, K., et al. HIV prevalence, risk behaviors, health care use and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *Am J Public Health* 2001; 91(6):915–21.

bbb. Kuhn, A., et al. Quality of Life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility* 2009; 92(5):1685–89.

ccc. Burgess D, Lee R, Tran A, van Ryn M. Effects of Perceived Discrimination on Mental Health and Mental Health Services Utilization Among Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Persons. *Journal of LGBT Health Research* 2008; 3(4): 1–14.

Kontaktinformationen

Für mehr Informationen oder Bestellung des Infodossiers kontaktieren Sie uns:

Stiftung Zukunft CH

Zürcherstrasse 123, 8406 Winterthur

Tel.: +41 (0) 52 268 65 00

E-Mail: info@zukunft-ch.ch

www.zukunft-ch.ch



Englischer Originaltext zur Verfügung gestellt durch: American College of Pediatricians (ACPeds), www.acpeds.org, Gainesville (Florida / USA)

Übersetzung: Stiftung Zukunft CH

Spendenkonto zur Unterstützung unserer Publikationsarbeit: PC 85-465565-8