

Empfehlungen

für den Behandlungsprozess bei **Geschlechtsdysphorie** von Kindern und Jugendlichen nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM- bzw. ICD-Fassung

AutorInnen: L.Thun-Hohenstein⁴, B.Hackenberg¹, S.Riedl¹, H.P.Bangerl², M.Fuchs³, E.

Gottardi-Butturini⁵

1.Univ.Klinik für Kinder- +Jugendheilkunde, MUW

2.Praxis für Psychotherapie, Mediation und Supervision, Wien

3.Univ.Klinik f. Kinder- +Jugendpsychiatrie, Universitätsklinikum Innsbruck

4.Univ.Klinik f. Kinder- +Jugendpsychiatrie, Universitätsklinikum Salzburg, PMU

5.Univ.Klinik f Kinder+Jugendheilkunde, Universitätsklinikum Salzburg, PMU

Präambel

Im Februar 2015 hat das BMG „Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus“ veröffentlicht, die von einer vom BMG einberufenen multiprofessionellen Expert_innengruppe unter Einbindung des für Personenstandsrecht zuständigen BMI erstellt worden waren und die aus dem Jahr 1997 stammenden, bis dahin gültigen Empfehlungen ablösen. Diese Empfehlungen gelten nur für Personen ab Eintritt der Volljährigkeit. Aufgrund der Besonderheiten von Transidentität und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter und den speziellen Bedürfnissen dieser Zielgruppe sind detaillierte eigene Empfehlungen erforderlich, die den naturgemäß höheren Anforderungen zur Vermeidung irreversibler Fehleinschätzungen im diagnostischen Prozess genügen.

Nach der neuen Ausgabe des DSM der American Psychiatric Association (DSM-5) wird das Leiden unter dem, dem Geburtsgeschlecht entgegengesetzten, Geschlechtsempfinden als ‚Geschlechtsdysphorie im Kindesalter‘ (302.6) bzw. ‚Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen‘ (302.85) diagnostiziert. Laut „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-10-Diagnoseschlüssel) fällt diese Diagnose unter ‚Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter‘ (F64.2) bzw. ab Pubertätsalter und bei Erwachsenen unter ‚Transsexualismus‘ (F64.0).

Das Personenstandsrecht sieht seit einem Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes vom 27.02.2009 (Zahl 2008/17/0054) die Möglichkeit einer Personenstandsänderung unabhängig

von somatischen Maßnahmen vor, wenn die Diagnose laut DSM-5 bzw. ICD-10 vorliegt, wenn die Geschlechtsdysphorie ohne Behandlung aus heutiger Sicht mit sehr großer Wahrscheinlichkeit als dauerhaft eingestuft werden kann und wenn sich das äußere Erscheinungsbild der gewünschten Geschlechtsrolle deutlich angenähert hat. Im Gegensatz zu der für Erwachsene eingeräumten Wahlfreiheit, eine entsprechende Stellungnahme entweder von einer Facharzt_in für Psychiatrie, einer Klinischen Psycholog_in ODER einer Psychotherapeut_in einzuholen, bedarf es bei Minderjährigen eines multidisziplinären Konsensus durch ein qualifiziertes, kinder- + jugendpsychiatrisch geschultes Behandlungsteam.

Die vorliegenden österreichischen Empfehlungen entsprechen den Betreuungsrichtlinien ‚Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People‘ der ‚World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 7th Version 2012¹ und den Klinisch-Praktischen Richtlinien der ‚Endocrine Society‘ 2009².

HINTERGRUND

Besonderheiten von GD bei Kindern und Jugendlichen

Zwischen Kindern und Jugendlichen existiert eine Bandbreite an Erscheinungsformen und Entwicklungsverläufen, insbesondere bei präpubertären Kindern. Insofern bedarf es spezifischer Versorgungsempfehlungen für die Diagnostik und Behandlung. Wesentlich ist, dass die Geschlechtsdysphorie im Kindesalter nur in etwa 20% bis ins Erwachsenenalter persistiert. Bei den übrigen Kindern kommt eine spätere homosexuelle Orientierung überdurchschnittlich häufig vor. Andererseits ist das Fortbestehen von Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen bis ins Erwachsenenalter viel häufiger zu finden. Ein weiterer Unterschied besteht im Geschlechtsverhältnis, das bei Kindern vor der Pubertät etwa bei 6:1 Knaben zu Mädchen und ab der Pubertät ca. bei 1:1 liegt.

Unbehagen am eigenen Geschlecht bzw. die Überzeugung, das entgegengesetzte Geschlecht zu besitzen, kann ab 2-4 Jahren auftreten. Während bei den meisten Kindern die Geschlechtsdysphorie mit der Pubertät verschwindet, verstärkt sie sich bei einigen Jugendlichen bis hin zu einer intensiven Abneigung gegen den eigenen Körper. Viele

1 Coleman et al. 2012 Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. International Journal of Transgenderism 13:165–232

2 Hembree et al. 2009. Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 94:3132-3154

entwickeln den Wunsch nach einer gegengeschlechtlichen hormonellen Behandlung und/oder zu chirurgischen geschlechtsangleichenden Maßnahmen. Oft wird beispielsweise i.R. eines Schulwechsels der soziale Rollenwechsel vollzogen.

Bei Kindern wie Jugendlichen kommt es relativ häufig zu begleitenden internalisierenden Störungen wie Ängsten und Depressionen und es können Autismus-Spektrum-Störungen häufiger assoziiert sein. Bei Jugendlichen treten zusätzlich externalisierende Störungen wie oppositionelles Verweigerungsverhalten auf.

Anforderungen an das Betreuungsteam

Grundsätzlich sollte im Team Einigkeit über die grundsätzliche Haltung gegenüber der Problematik herrschen. Genderdiversity ist nicht per se pathologisch und behandlungsbedürftig. Damit den betroffenen Kindern und Jugendlichen ein Weg des Umgangs geboten und über das Gesundheitssystem finanziert werden kann, werden Diagnosen gestellt. Die Kinder und Jugendlichen benötigen in erster Linie Begleitung in der Adaptation ihrer Bedürfnisse an die Realität. Genderdysphorie ist die Folge der Diskrepanz des inneren Erlebens, der Möglichkeit der Genderrollengestaltung und den Umweltreaktionen.

Der Behandlungsprozess, die diagnostische Einschätzung und psychosoziale Betreuung sollen durch ein multidisziplinäres Team durchgeführt werden. Die behandelnden Gesundheitsberufe, nämlich Facharzt_innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinische Psycholog_in und Psychotherapeut_in mit mehrjähriger Erfahrung in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen, müssen mit den Thematiken der Gender-Nonkonformität, Transgender, Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus vertraut sein und sich kontinuierlich in diesen Bereichen weiterbilden. Die Aufklärung über körperliche Interventionen erfolgt gemeinsam mit einem pädiatrischen Endokrinolog_in.

Kompetenzen von Fachkräften für psychische Gesundheit

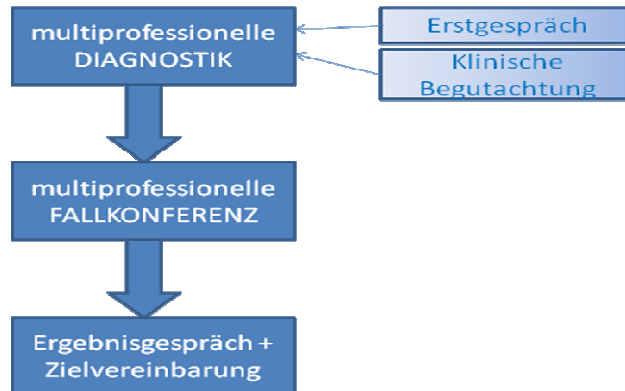
Neben der grundlegenden Qualifikation im Ausbildungsfach muss die Person im Bereich der Entwicklungspsychopathologie im Kindes- und Jugendalter ausgebildet sowie befähigt sein, die gängigen Probleme im Kindesalter zu diagnostizieren und zu behandeln.

Aufgabenbereiche der Fachkräfte für psychische Gesundheit

- Diagnostische Einschätzung
- Bereitstellung von Beratungsangeboten und unterstützender Psychotherapie, um die eigene Geschlechtsidentität zu erkunden, den mit der Geschlechtsdysphorie einhergehenden Leidensdruck zu lindern und andere psychosoziale Schwierigkeiten zu verbessern.
- Diagnostik und Behandlung von begleitend auftretenden Problemen der psychischen Gesundheit
- Überweisung von Jugendlichen an Fachkräfte für körperliche Behandlungsmaßnahmen
- Weiterbildung und Einsatz für Kinder und Jugendliche mit GD und ihre Familien in ihrem sozialen Umfeld (z.B. Kindergarten, Hort, Schule, etc.)
- Informationen bzgl. Unterstützung durch Peer support, SH-Gruppen für Eltern

Multiprofessionelle Diagnostik

Der Diagnoseprozess gliedert sich in mehrere Phasen, wie in Abb. 1 beschrieben



Zur Abklärung ist ein dreiteiliger diagnostischer Prozess durch folgende Fachrichtungen sowie eine laufende Psychotherapie erforderlich:

1. Kinder- und Jugendpsychiatrie:

- Beschreibung der Geschlechtsentwicklung (inkl. Sexualanamnese) sowie Geschlechtsvariation (normative, variant, dysphoric) ; individuelles Körpererleben, Wunsch nach Geschlechtsumwandlung, Leidensdruck (Suizidalität etc.)
- Peer-Group: Beziehungen, Integration, Ressourcen in Bezug auf das konkrete

Problem; Bedrohungen

- c) Differentialdiagnose verwandter Zustände und Diagnose bzw. Ausschluss von Komorbiditäten, emotionale und Verhaltensprobleme
- c) Reaktionen d. Eltern/sozialen Umfeldes; Resilienz erfassung des Betroffenen, Ressourcen der Familie und des sozialen Umfeldes, Bewältigung von Entwicklungsaufgaben etc.
- d) Gutachtenserstellung im Sinne der Bestätigung der Trans-Situation und der Notwendigkeit des weiteren spezifischen Prozederes

2. Klinische Psychologie: Psychodiagnostik, intellektuelle Funktionsbereiche/schulische Leistungen, soziale Kompetenz, familiäres Funktionsniveau

3. Pädiatrische Endokrinologie:

- a) Feststellung einer Variante der Geschlechtsentwicklung (Intersex); Intersexualität zeigt oftmals unter ähnliche Symptomatik leiden, gepaart mit ähnlichen familiären Problemen.
- b) Beurteilung des Pubertätsstadiums und Verlaufskontrollen

4. Psychotherapeutische Diagnose

Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Begriffsklärungen und Leitlinien zur psychotherapeutischen Diagnostik des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates vom 15. Juni 2004, veröffentlicht im Psychotherapie Forum, Vol. 13, Suppl. 3, Nr. 3/2005, S 82ff sowie in den Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, Heft 7/2005, S 3

Gemäß dieser Leitlinien erfolgt die psychotherapeutische Diagnose in den Dimensionen

- 1. Symptomatik in Relation zur Persönlichkeit;
- 2. psychotherapeutische Beziehung;
- 3. Krisenhaftigkeit

Damit ist die psychotherapeutische Diagnose auch eine Verlaufsdiagnose und kann zu jedem Zeitpunkt in den oben beschriebenen Dimensionen Auskunft über den Zustand des Patienten zu jeder Zeit geben.

Multiprofessionelle Fallkonferenz

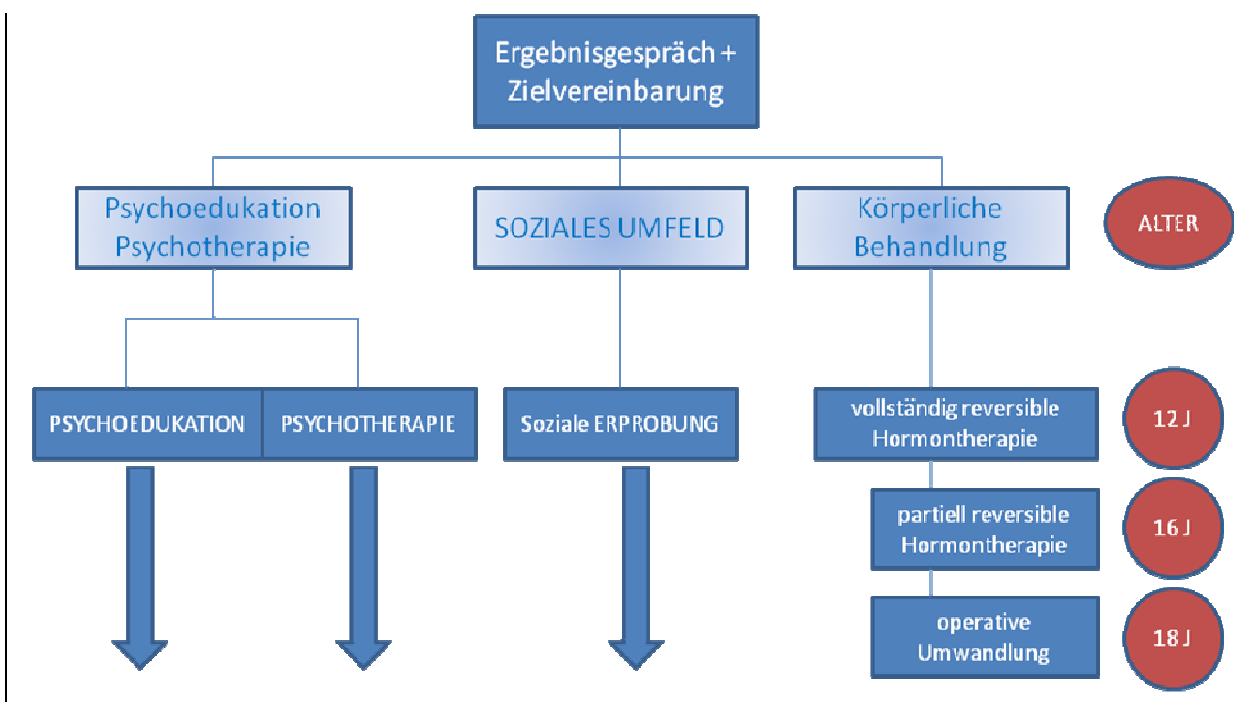
Das Ergebnis des diagnostischen Prozesses im besonderen in Bezug auf die Indikationsstellung für weitere Behandlungsschritte wird im Rahmen dieser **Fallkonferenz**

diskutiert, an der die involvierten KJ-Psychiater_in, Psycholog_in, Psychotherapeut_in und pädiatrischer Endokrinolog_in teilnehmen (Nach Möglichkeit nicht in Personalunion). Ziel der Fallkonferenz ist die Erstellung einer Zusammenschau aller anamnestischen und diagnostischen Informationen und die gemeinsame Indikationsstellung zu einer etwaigen Geschlechtsumwandlung. Nach erfolgter Indikationsstellung erfolgt die Erarbeitung eines Vorschlages zur Durchführung der Betreuung.

Der diagnostische Prozess wird abgeschlossen durch ein Informationsgespräch mit betroffenem Kind/Jugendlichem und seiner Familie oder Obsorgeberechtigten, nach Möglichkeit durch alle an der Fallkonferenz Beteiligten. Durch die interdisziplinäre Fallkonferenz ist ein Zweitgutachten eines Kinder+Jugendpsychiaters nicht zwingend nötig, bei Uneinigkeit aber empfohlen.

Beratungs- und Behandlungsprozess

Es wird empfohlen, im Kreis der Fachkräfte für psychische Gesundheit verbindlich festzulegen, wer die Koordination der verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Schritte verantwortlich übernehmen und mit der Familie absprechen wird. Der Beratungsprozess kann/soll von Anfang an parallel zu den diagnostischen Schritten beginnen und kontinuierlich andauern. In Abbildung 2 ist der Behandlungsprozess abgebildet und die entsprechenden Altersgrenzen angegeben. Bis zum 14. Lebensjahr ist die Zustimmung der Eltern zwingend nötig, bei nachhaltig beeinträchtigenden Maßnahmen, wie die partiell reversible Hormonbehandlung, bis 18 Jahre ebenfalls.



1. Psychoedukation: Klinische Darstellung und Differenzierung der Situation, ethische, rechtliche und medizinisch-psycho-soziale Vorgehensalternativen

2. Psychotherapie/Psychologische Beratung: Reduktion der Genderdysphorie, Begleitung des Wunsches nach Geschlechtsumwandlung, Hilfestellung bei Geschlechtsrollenwechsel etc. Insbesondere gedacht als Unterstützung während der sozialen Erprobung im Finden einer individuellen Geschlechtsidentität.

Die **Psychotherapie**, die bereits ab Beginn der Diagnostik parallel begonnen werden kann/soll, dient neben der essentiellen professionellen Betreuung der Geschlechtsdysphorie auch der verlaufdiagnostischen Beurteilung der Wahrscheinlichkeit, ob es sich um einen dauerhaften Zustand handelt.

3. Soziale Erprobung: darunter wird der Rollenwechsel ins andere Geschlecht verstanden.

Dies ist in Abstimmung mit Eltern und Sozialem Umfeld auch schon vor der Pubertät möglich. Dieser Rollenwechsel soll nur unter psychotherapeutischer Begleitung und Unterstützung von Kind/Jugendlichem und Familie stattfinden. Dabei geht es um die Realitätsüberprüfung des inneren Wunsches im sozialen Umfeld und die Reflexion der gemachten Erfahrungen und Adaptationsmöglichkeiten des persönlichen Verhaltens der Betroffenen oder des Umfelds

3. Körperliche Interventionen

Frühestens kann dieser Prozess nach dem Informationsgespräch am Ende der diagnostischen Phase beginnen. Prinzipiell handelt es sich um ein schrittweises Vorgehen, um Optionen während der ersten zwei Schritte offen zu halten. Der Schritt zur nächsten Stufe sollte erst erfolgen, wenn die Jugendlichen und deren Eltern ausreichend Zeit hatten, Auswirkungen vorhergehender Interventionen vollständig zu verarbeiten und das Ausmaß künftiger Interventionen in vollem Umfang abschätzen zu können.

Bei Kindern vor der Pubertät liegt das Hauptaugenmerk auf der ergebnisoffenen psychologisch-psychotherapeutischen Begleitung. Ab dem Pubertätsalter besteht die Möglichkeit einer zweistufigen hormonellen Behandlung mit Unterdrückung zunächst der körpereigenen Pubertätsentwicklung und später Beginn der gegengeschlechtlichen Behandlung. Für beide Indikationsstellungen müssen stringente Kriterien zur Anwendung kommen.

Formen der körperlichen Interventionen

Vollständig reversible Interventionen

Um mehr Zeit zur Erkundung der Geschlechtsidentität zu gewinnen und um später unerwünschte Geschlechtsmerkmale zu unterdrücken, kann ab einem Pubertätsstadium Tanner 2-3 bzw. ab dem Alter von 12 Jahren eine pubertätsbremsende Therapie mit GnRH-Analoga angeboten werden. Alternativ stehen antiandrogen wirksame Progestagene bzw. Spironolacton zur Verfügung. Jugendliche, die sich für eine solche Therapie qualifizieren, erleben typischerweise eine zunehmende Geschlechtsdysphorie mit Einsetzen der Pubertät. Wesentlich ist eine laufende psychotherapeutische Begleitung und die unterstützende Einbeziehung der Familie bzw. Erziehungsberechtigten. Während der pubertätsunterdrückenden Therapie bedarf es regelmäßiger pädiatrisch endokrinologischer Kontrollen mit besonderem Augenmerk auf Stoffwechsel, Knochengesundheit und Körpergröße. Insgesamt kann die frühe Anwendung von pubertätsunterdrückenden Hormonen negative emotionelle Folgen der Geschlechtsdysphorie effektiv abwenden, negative physische Nebenwirkungen müssen aber bedacht werden.

Partiell reversible Interventionen

Üblicherweise wird diese Behandlung ab einem Alter von 16 Jahren empfohlen, möglichst mit Einverständnis der Eltern. Im Unterschied zur Hormonbehandlung bei Erwachsenen wird die feminisierende/maskulinisierende Therapie der somatischen und emotionalen Entwicklung angepasst und die Dosis einschleichend im Sinne einer Pubertätsinduktion begonnen und sukzessive gesteigert.

Irreversible Interventionen

Operationen an den Genitalien sollen erst ab Volljährigkeit durchgeführt werden. Das Vorgehen entspricht den Empfehlungen für Erwachsene (BMG 2015) und erfordert Stellungnahmen von KJ-Psychiater_in und KJ-Psychologischen Fachkräften, nachdem die betroffene Person zumindest seit einem Jahr kontinuierlich in der angestrebten Geschlechtsrolle gelebt hat.

Brustoperationen bei FzM-Patienten können früher durchgeführt werden (nach einem Jahr Testosteronbehandlung und einer angemessenen Zeit des Lebens in der gewünschten

Geschlechtsrolle).

Geschlechtsrollenwechsel während der Kindheit (konkret vor der Pubertät)

Diesbezüglich gibt es keine Empfehlungen und fehlen Outcome-Studien mit betroffenen Personen, die schon in der Kindheit die Geschlechtsrolle gewechselt haben. Allfällige Entscheidungen obliegen dem betreuenden multidisziplinären Team in Zusammenarbeit mit Eltern und Betroffener/m.

Spezifische Stellungnahmen oder Bestätigungen für offizielle Stellen bzw. Behörden, aus denen die diagnostische Zuordnung und die Inkongruenz mit dem äußeren Erscheinungsbild hervorgeht, können im Konsens von einer der behandelnden Fachkräfte ausgestellt werden. Empfohlen wird eine Vereinheitlichung im Vorgehen der Standesämter bei Namens- und Standesänderung.

Dokumentation

Der gesamte Behandlungsverlauf ist nachvollziehbar zu dokumentieren, in Papierform und ergänzend elektronisch. Die Protokolle der interdisziplinären Fallkonferenzen zur Entscheidungsfindung über weitere Behandlungsschritte haben dabei einen besonderen Stellenwert.

Transition

Der Transitionsprozess aus der Jugendbetreuung in die Erwachsenenbetreuung ist spätestens im Alter von 16 Jahren zu beginnen:

- Aufklärung von Jugendlichen und Familie über die weitere Betreuung durch das Erwachsenenenteam (wenn nicht vor Ort, dann Empfehlung aussprechen)
- Vorbereiten der Übergabe (kinder- und jugendpsychiatrisch und endokrinologisch), Psychotherapie kann ja weiterlaufen bei der/dem selben Therapeut_in:
- Abklärung der Möglichkeiten und Voraussetzungen,
- Übergabegespräch: betroffener Jugendlicher, idealerweise Kinder+Jugendteam, Erwachsenenenteam und Psychotherapie plus Familie