

Ekkehart Englert und Claus-Rüdiger Haas
unter Mitarbeit von Georg Romer und Thomas Lempp

Handreichung zum Umgang mit Transgender-Patient:innen im voll- und teilstationären Setting

Version 2.0

Die vorliegende Handreichung wurde vom Vorstand der BAG als Hilfestellung für den Umgang mit Transgender-Patient:innen im Rahmen eines klinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungssettings verfasst. „Transgender“ soll hier als Oberbegriff dienen für das gesamte Spektrum von Kindern und Jugendlichen mit Unsicherheiten bezüglich ihrer Geschlechtsidentität einschließlich Patient:innen, bei denen bereits eine diagnostizierte Geschlechtsinkongruenz vorliegt. Sie enthält keine Aussagen bezüglich der Behandlung oder Begutachtung der Geschlechtsinkongruenz selbst. Sie soll auch nicht der aktuell noch in Bearbeitung befindlichen AWMF-S3-Leitlinie Genderdysphorie unter Federführung der DGKJP vorgehen und spiegelt den aktuellen Stand bei Redaktionsschluss.

Die Überarbeitung für die 2. Auflage erfolgte in Zusammenarbeit mit den Kollegen Romer und Lempp, um eine Konvergenz der Terminologie mit der Leitlinienentwicklung und dem Stand des fachlichen Diskurses zu erreichen. In der medizinischen und psychotherapeutischen Fachwelt hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden, weg von der Psychopathologie hin zur Geschlechtsinkongruenz als Ausdruck von Vielfalt (WPATH 2022; Strittmatter & Holtmann, 2020, Romer & Lempp 2022). Die Begriffe „Transsexualismus“ und „Geschlechtsidentitätsstörung“ gelten inzwischen als obsolet. Entsprechend der AWMF-S3-Leitlinie der DGfS für das Erwachsenenalter („Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Transgesundheit“, AWMF 2018), sollten auch für die Übergangszeit, in der Diagnosen noch nach ICD-10 codiert werden, nur noch die zeitgemäßen Begrifflichkeiten Verwendung finden.

Die Terminologie der nun 2. Fassung dieser Handreichung orientiert sich daher am DSM 5 und an der ICD-11. Entsprechend verwenden wir die Begriffe *Geschlechtsdysphorie* (nach DSM5) oder *Geschlechtsinkongruenz* (ICD-11). Beide sind separat, jeweils für das präpubertäre Kindesalter und für das Jugend-/Erwachsenenalter definiert und gelten als nicht-stigmatisierend. In der ICD-11 sind diese Kategorien nicht mehr im Kapitel der „Psychischen Störungen“ zu finden, sondern im Kapitel „17 Zustandsbilder im Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit“.

In der ICD-10 können präpubertäre Fälle mit dem Code F64.2, im Jugendalter persistierende Fälle mit dem Code F64.0 und diagnostisch noch unklare Fälle mit dem Code F64.8 angegeben werden.

Die sexuelle Reifungskrise F66.0 und die ich-dystone Sexualorientierung F66.1 sind als mögliche Differentialdiagnosen zu beachten.

Schleswig, 05.07.2023

Vorstand:
Vorsitzende
Dr. med. Marianne Klein
Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Klinikum am Weissenhof
Weissenhof, 74189 Weinsberg
Tel.: 07195/9002100
E-Mail: m.klein@klinikum-weissenhof.de

Stellvertretender Vorsitzender
Dr. med. Martin Jung
Helios Klinikum Schleswig
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Und -psychotherapie
Friedrich-Ebert-Str. 5 a, 24837 Schleswig
Tel.: 04621/83-1600, Fax: 04621/83-4852
E-Mail: jungmartinsl@gmx.de

Beisitzerin/Beisitzer
Dr. med. Stefanie Bienioschek
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psycho-
somatik im Kindes- und Jugendalter
ukrb Universitätsklinikum Ruppiner-Brandenburg
Fehrbelliner Str. 38
16816 Neuruppin
Tel.: 03391/39-2910, Fax: 03391/39-2909
s.bienioschek@ukrb.de

Dr. med. Ekkehart D. Englert
Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Helios Klinikum Erfurt
Nordhäuser Straße 74, 99089 Erfurt
Telefon: 0361/781-2801, Fax: 0361/781-2802
E-Mail: ekkehart.englert@helios-gesundheit.de

Prof. Dr. Michael Kölch
Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Universitätsmedizin Rostock
Gehlsheimer Str. 20
18147 Rostock
Tel.: 0381/494-4600, Fax: 0381-494-4612
E-Mail: michael.koelch@med.uni-rostock.de

Schriftführer
Prof. Dr. med. Hubertus Adam
Martin Gropius Krankenhaus GmbH
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
des Kindes- und Jugendalters
Oderberger Str. 8, 16225 Eberswalde
Tel.: 03334/532-37, Fax: 03334/532-30
E-Mail: adam.kiju@mgkh.de

Kassenwart
Dr. Claus-Rüdiger Haas
Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)
LWL-Klinik Marl-Sinsen - Haardklinik - Kinder- und Jugend-
psychiatrie - Psychotherapie - Psychosomatik
Halterner Straße 525, 45770 Marl-Sinsen
Tel.: 02365/802-2200 Fax: 02365/802-6628
claus-ruediger.haas@wkp-lwl.org

Kooptierte Mitglieder:
Dr. med. Gundolf Berg
Vorsitzender des Berufsverbandes für Kinder-
und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik
und -psychotherapie in Deutschland e. V.
Umbach 4, 55116 Mainz
Tel.: 06131/6938070
E-Mail: mail@bkjpp.de

Prof. Dr. Marcel Romanos
Präsident der DGKJP
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psycho-
somatik und Psychotherapie
Margarete-Höppel-Platz 1
97080 Würzburg
Tel.: 0931/201-78010, Fax: 0931/201-78040
E-Mail: kj_office@ukw.de

Gerhard Förster
1. Vorsitzender BAG PED
Herborner Weg 11, 35764 Sinn
Tel.: 00491624759963
E-Mail: gerhard.foerster@bag-ped.de

Bankverbindung:
Sparkasse Lüneburg,
IBAN: DE 5924 0501 1000 6400 1191
BIC: NOLADE 21 LBG

Die ICD-11-Diagnose der Geschlechtsinkongruenz schließt explizit auch non-binäre Geschlechtsidentitäten ein. Nicht-binäre Geschlechtsidentitäten sind zunehmend in das gesellschaftliche und individuelle Bewusstsein gerückt und müssen im klinischen Behandlungssetting mit beachtet werden.

Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung sind klar voneinander zu unterscheidende Bereiche und sollten nicht miteinander vermischt werden.

Die Unsicherheit und die Diversität der geäußerten Geschlechtsidentität haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Das äußert sich darin, dass immer mehr Patienten den Wunsch äußern, mit einem Namen des anderen Geschlechts (oder geschlechtsneutralen Namen) angesprochen zu werden. Der Umgang mit diesen Wünschen sollte so professionell und sachlich wie möglich erfolgen. Für den speziellen Kontext (teil)stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken bedarf es therapeutischer und pädagogischer Absprachen.

Behandlungsgrundsätze

Hierbei handelt es sich um ethisch-normative Maßgaben, bei denen neben Standards der medizinisch-psychologischen Erkenntnis auch Aspekte des Individualrechts von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen sind. Hierzu hat sich der Deutsche Ethikrat in seiner Ad-hoc-Empfehlung „*Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen*“ vom 21.02.2020 wie folgt positioniert:

Dem Deutschen Ethikrat scheint es gleichwohl geboten, schon jetzt zumindest auf die folgenden ethischen Grundsätze als Orientierung bei der Begleitung und Behandlung hinzuweisen:

- *Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst auch das Recht, ein Leben entsprechend der eigenen, subjektiv empfundenen geschlechtlichen Identität zu führen und in dieser Identität anerkannt zu werden.*
- *In allen Entscheidungsprozessen muss das Kind gehört und müssen seine Vorstellungen und Wünsche seiner Reife und seinem Alter entsprechend berücksichtigt werden. Diese Regel erhält umso mehr Gewicht, als es hier um Fragen der persönlichen Identität geht, über die die betroffene Person in letzter Konsequenz selbst zu entscheiden hat.*
- *Die therapeutische Interaktion mit dem Kind muss so gestaltet sein, dass es an die mit zunehmendem Alter folgenreicher werdenden Entscheidungen herangeführt wird. Die Sorge tragenden Eltern und die behandelnden Personen haben die Aufgabe, das Kind dabei bestmöglich zu unterstützen.*
- *Ist das Kind hinreichend einsichts- und urteilsfähig, um die Tragweite und Bedeutung der geplanten Behandlung zu verstehen, sich ein eigenes Urteil zu bilden und danach zu entscheiden, muss sein Wille maßgeblich berücksichtigt werden. Ohne seine Zustimmung oder gar gegen seinen Willen – allein aufgrund der Einwilligung seiner Eltern – darf das Kind dann nicht behandelt werden.*
- *Nutzen und Schaden der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen, die im Einzelnen umstritten sind, müssen in jedem individuellen Fall sorgfältig abgewogen werden. Wie die Risiken, (Neben-)Wirkungen und langfristigen Folgen (einschließlich möglicher Infertilität), die dem/der Minderjährigen durch aktives medizinisch-therapeutisches Eingreifen entstünden, müssen auch solche berücksichtigt werden, die durch das Unterlassen von Maßnahmen drohen. Gerade angesichts der Streitigkeit einzelner Handlungsoptionen haben Betroffene und ihre Eltern einen Anspruch auf eine ausgewogene Beratung und Aufklärung.*
- *Ein entstigmatisierender Umgang mit Trans-Identität bei Kindern sollte gefördert und einer diskriminierenden Pathologisierung von Geschlechtsinkongruenz entgegengewirkt werden. Entsprechende Angebote psycho-sozialer Beratung und deren Kooperation mit medizinischen Einrichtungen sollen gestärkt werden.*

Deutscher Ethikrat, 2020

Ein entstigmatisierender Umgang mit nonkonformen Geschlechtsidentitäten setzt auf Seiten des Behandlungsteams die Bereitschaft zu Selbstreflexion voraus, da Behandlungssuchende aus dem Trans-Spektrum mit ihrem Thema sowohl die Wahrnehmung ihres Gegenübers als auch verschiedene Grundannahmen zur Strukturkategorie „Geschlecht“ in Frage stellen. In ihrer Selbstdarstellung und Selbstbeschreibung senden trans Personen zuweilen unterschiedliche Signale, die ihr Gegenüber verwirren können („Erlebe ich gerade ein ‚Mädchen‘ oder einen ‚Jungen‘?“). Wichtig scheint in diesem Zusammenhang, die Verwirrung eher als Thema einer zweigeschlechtlichen bzw. heteronormativen Gesellschaft und weniger als Thema der Behandlungssuchenden selbst zu begreifen (S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“, AWMF, 2018).

Es kann daher gerade bei dieser Patientengruppe zu Spaltungen im Team kommen und es müssen gegebenenfalls unterschiedliche gesellschaftspolitische Einstellungen im Team erkannt, thematisiert und eventuell gut supervidiert werden.

Der Weltverband für Transgender-Gesundheit (World Professional Association of Transgender Health, WPATH) hat für die Gesundheitsversorgung von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen die folgenden Empfehlungen herausgegeben (Coleman et al., 2022), die auch wir als grundsätzlichen Maßstab empfehlen:

Auszug aus

WPATH Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8

(Coleman et al., 2022)

Kapitel 6: Jugendliche (S. 48)

Empfehlungen (Statements of Recommendations)

- 6.1- Wir empfehlen, dass Fachpersonen des Gesundheitswesens, die mit gender-nonkonformen (gender diverse) Jugendlichen arbeiten:
- 6.1.a- für ihre Tätigkeit von einer öffentlichen, rechtlich anerkannten Institution zugelassen sind und über einen staatlich anerkannten Master-Abschluss oder einen gleichwertigen staatlich anerkannten Abschluss in einem für dieses Feld relevanten klinischen Fachgebiet verfügen.
- 6.1.b- eine theoretische und evidenzbasierte Aus- und Weiterbildung erhalten sowie Fachkenntnisse zur allgemeinen psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien über das gesamte Entwicklungsspektrum hinweg erwerben.
- 6.1.c- über eine fachliche Qualifikation sowie über Fachwissen in den Bereichen der Geschlechtsidentitätsentwicklung und nonkonformer Geschlechtsidentität bei Kindern und Jugendlichen verfügen, in der Lage sind, die Einwilligungsfähigkeit [eines Jugendlichen] zu beurteilen, sowie über allgemeine Kenntnisse zur geschlechtlichen Vielfalt über die gesamte Lebensspanne verfügen.
- 6.1.d- über eine fachliche Qualifikation sowie über Fachwissen verfügen bzw. dieses erwerben über Autismus-Spektrum-Störungen und anderen neuropsychiatrischen Entwicklungsstörungen (neurodevelopmental disorders) oder mit Fachpersonen für neuropsychiatrische Entwicklungsstörungen zusammenarbeiten, wenn sie mit gender-nonkonformen Jugendlichen arbeiten, bei denen eine Autismus-Spektrum-Störung oder eine andere neuropsychiatrische Entwicklungsstörung vorliegt (autistic or neurodivergent gender diverse adolescents).
- 6.1.e – sich fortlaufend in allen Bereichen weiterbilden, die für gender-nonkonforme Kinder, Jugendliche und ihre Familien relevant sind.
- 6.2- Wir empfehlen Fachpersonen des Gesundheitswesens, die mit gender-nonkonformen Jugendlichen arbeiten, die Exploration und den Ausdruck des Geschlechts offen und respektvoll zu fördern, ohne dabei eine bestimmte Identität zu bevorzugen.
- 6.3- Wir empfehlen Fachpersonen des Gesundheitswesens, die mit gender-nonkonformen Jugendlichen arbeiten, die mit Fragen zur Geschlechtsidentität professionelle Unterstützung suchen und eine medizinische/chirurgische Behandlung im Zusammenhang mit Geschlechtsangleichung wünschen, eine umfassende biopsychosoziale diagnostische Beurteilung (assessment) der betreffenden Jugendlichen vorzunehmen, die in einer kooperativen und unterstützenden Weise geschieht.
- 6.4- Wir empfehlen den Angehörigen von Gesundheitsberufen, mit Familien, Schulen und anderen relevanten Einrichtungen zusammenzuarbeiten, um die Akzeptanz gender-nonkonformer Ausdrucksformen und Identitäten von Jugendlichen zu fördern.
- 6.5- Wir sprechen uns dagegen aus, reparative und Konversionstherapien anzubieten, die darauf abzielen, das Geschlecht und den gelebten Ausdruck des eigenen Geschlechts einer Person so zu verändern, dass sie mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht kongruent werden.

- 6.6- *Wir schlagen vor, dass Fachpersonen des Gesundheitswesens trans* und geschlechts-nonkonformen (gender diverse) Jugendlichen gesundheitliche Aufklärung (health education) über das Abbinden bzw. Abdecken von Brüsten oder äußerem Genitale anbieten und dabei umfassend auf die Vorteile und Risiken eingehen.*
- 6.7- *Wir empfehlen Behandelnden, die Verschreibung von Arzneimitteln zur Unterdrückung der Menstruation für Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz in Betracht zu ziehen, die keine Testosterontherapie wünschen, die zwar eine Testosterontherapie wünschen, aber noch nicht begonnen haben, oder in Verbindung mit einer Testosterontherapie bei Zwischenblutungen.*
- 6.8- *Wir empfehlen Fachpersonen des Gesundheitswesens, eine kontinuierliche Begleitung und Beziehung mit gender-nonkonformen oder trans* Jugendlichen und allen relevanten Bezugspersonen aufrechtzuerhalten, um die Jugendlichen [ggf.] während der gesamten Dauer einer pubertätsunterdrückenden hormonellen Behandlung, einer [geschlechtsangleichenden] Hormonbehandlung sowie [vor und nach] geschlechtsangleichenden Operationen in ihren Entscheidungsfindungen zu unterstützen, bis ein Übergang in die gesundheitliche Versorgung im Erwachsenenalter erfolgt.*
- 6.9- *Wir empfehlen Fachpersonen des Gesundheitswesens, relevante Fachdisziplinen einschließlich psychiatrisch-psychotherapeutischer und medizinischer Fachpersonen (mental health and medical professionals) einzubeziehen, um [jeweils] eine Entscheidung darüber zu treffen, ob eine Pubertätsunterdrückung, eine Hormonbehandlung oder eine geschlechtsangleichende Operation für gender-nonkonforme und trans* Jugendliche angemessen ist und während des gesamten Behandlungsverlaufs bis zum Übergang in die gesundheitliche Versorgung im Erwachsenenalter hinsichtlich ihrer Indikation bestätigt bleibt.*
- 6.10- *Wir empfehlen, dass Fachpersonen des Gesundheitswesens, die mit trans* und/oder gender-nonkonformen Jugendlichen arbeiten, die eine geschlechtsangleichende medizinische oder chirurgische Behandlung wünschen, diese vor Beginn der Behandlung über die reproduktiven Auswirkungen, einschließlich des potenziellen Verlusts der Fortpflanzungsfähigkeit und der verfügbaren Optionen zur Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit im Kontext des pubertären Entwicklungsstadiums des Jugendlichen informieren.*
- 6.11- *Wir empfehlen, dass, wenn eine Indikation für geschlechtsangleichende medizinische oder chirurgische Behandlungen im Jugendalter gestellt wird, die Fachpersonen des Gesundheitswesens, die mit trans* oder gender-nonkonformen Jugendlichen arbeiten, die Eltern/Sorgeberechtigten in den diagnostischen und Behandlungsprozess einbeziehen, es sei denn, deren Einbeziehung wird als schädlich für den Jugendlichen oder als nicht machbar erachtet.*

Pragmatische Konstellationen im Behandlungssetting:

Im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext sehen wir eine Vielzahl verschiedener Behandlungskonstellationen. Die folgende phänomenologische Differenzierung zeigt Beispiele innerhalb einer großen klinischen Bandbreite ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Dabei können sich die beschriebenen Typen untereinander überlappen und die Übergänge sind fließend:

1. Kinder und Jugendliche, bei denen fachlich bereits eine persistierende Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie diagnostiziert wurde und die entsprechend schon in ihrer neuen, gegengeschlechtlichen Rolle leben: Sie sind bereits gewohnt, in der Schule und anderen öffentlichen Räumen in ihrer neuen Rolle aufzutreten und entsprechend behandelt zu werden. Bei einigen von ihnen ist bereits eine pubertätshemmende oder gegengeschlechtliche Hormonbehandlung begonnen worden. Allerdings ist meist noch keine Namens- und Personenstandsänderung nach dem TSG (künftig: Selbstbestimmungsgesetz) erfolgt, so dass ihre Ausweispapiere und die Krankenversicherungskarte noch auf den ursprünglichen Geburtsnamen und das bei Geburt zugewiesene Geschlecht lauten.
2. Kinder und Jugendliche, die sich schon intensiv damit auseinandergesetzt haben, sich einem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen. Sie äußern dies schon klar und eindeutig. Sie streben an, mit einem anderen Namen angesprochen zu werden, tragen typische Kleidung des anderen Geschlechts oder relativ „neutrale“ Kleidung. Ihre gelebte Rolle entspricht im Alltag oft schon einer transgeschlechtlichen Identifizierung. Sie haben u. U. schon Kontakt zu spezifischen Beratungsstellen und/oder haben sich über das Internet informiert. Eine fachliche Diagnose ist noch nicht erfolgt aber sehr wahrscheinlich, evtl. ist ein „Outing“ nur partiell erfolgt, eine „Alltagserprobung“ findet vielleicht noch nicht (in vollem Umfang) statt.

3. Manche Kinder und Jugendliche bezeichnen sich als „Trans“, wirken dabei aber unsicher, dysphorisch und/oder psychisch labil. Sie lassen sich auf Grund ihrer generellen Unsicherheit im Verlauf ihrer Persönlichkeitsentwicklung leicht von äußeren Faktoren, u.a. auch sozialen Medien, beeinflussen. Es sind Kinder und Jugendliche, die sich noch auf einer adoleszenten Suche und in einer Identitätsunsicherheit befinden. Sie probieren sich im anderen Geschlecht aus und kehren u. U. zu ihrem ursprünglichen Geschlecht zurück. Es wird die Nähe zur LGBTQ-Szene gesucht und z. T. in verschiedenartigen Partner-Konstellationen ausgelebt. Eltern und Behandler werden mit verschiedenen Begrifflichkeiten (Genderfluid, pansexuell etc.) konfrontiert und deren Empathie und Toleranz getestet. Zur klinischen Behandlung führen dann z. B. Schulabsentismus, dissoziale Entwicklungen, Substanzkonsum aber auch Depressionen oder Angststörungen.
4. Andere transidente Kinder und Jugendliche wiederum zeigen schon in jungem Alter Symptome einer möglichen emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. Sie verletzen sich selbst, können wiederkehrend suizidal werden. Sie haben massive Selbstwertstörungen, lehnen sich als Person ab, wollen aus ihrer Identität heraus, wollen sich „weg machen“. Die Transidentität kann dann gegebenenfalls auch nur ein Hilfsmittel/Vehikel im Umgang mit viel weitreichenderen Problemen darstellen. Sie idealisieren das neue Geschlecht und müssen dann u. U. erkennen, dass sie auch als neue Person die gleichen inneren und äußeren Konflikte haben wie zuvor. Sie werden sehr häufig aufgrund von selbstverletzendem Verhalten, chronischer Depression, Schulabsentismus, Suchtverhalten und rezidivierender Suizidalität stationär behandelt. In solchen komplexen Fällen ist diagnostisch häufig nicht klar, wie sich „Henne und Ei“ zueinander verhalten. So schließt eine tiefgreifende Identitätsdiffusion keineswegs aus, dass dahinter eine persistierende Geschlechtsinkongruenz steht, deren Integration aufgrund struktureller Defizite nicht gelingt.

Aus diesen exemplarischen Beschreibungen lässt sich schon schließen, dass es einen erheblichen Einfluss hat, aus welcher Perspektive man sich dem Thema Transgender nähert. Die ausschließlich ambulant Tätigen haben den Focus auf die Patienten der Kategorie 1 oder 2. Therapeut:innen, die in Kliniken arbeiten, kennen die Kinder und Jugendlichen der Kategorie 1 oft nicht. Sie könnten sogar Zweifel haben, dass es Patient:innen dieser Art überhaupt gibt. Zumal Patient:innen der Kategorie 4 zu den herausforderndsten im stationären Kontext gehören.

Hilfreich im Klinikalltag erscheint eine dialektische, nüchterne und wertschätzende Haltung. Akzeptanz heißt nicht immer Gutheißen aller Maßnahmen, ermöglicht aber häufig erst die Basis für eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung, im Rahmen derer auch Zweifel und Ambivalenzen überhaupt besprechbar werden.

Empfehlungen:

Allgemein:

- Es ist das Grundprinzip zu beachten, dass der beste Schutz gegen Detransition ist, die Patient:innen auf ihrem Weg ergebnisoffen und wertschätzend zu begleiten. Argumentationen gegen das Erleben der Patient:innen führt zu Reaktanz und zur Verfestigung einer noch offenen inneren Ambivalenz.
- Patient:innen werden mit ihrem Wunschnamen und den entsprechenden Pronomina angesprochen. Dieser Name soll nach Möglichkeit für die Dauer der Behandlung bei Aufnahme vereinbart werden. Änderungen im Behandlungsverlauf, z.B. im Rahmen eines „Outings“ auf Station, sollten Bestandteil des therapeutischen Prozesses sein und fachlich mit dem Behandlungsteam abgesprochen werden.
- Allerdings werden die Daten von Kindern und Jugendlichen, bei denen noch keine Namens- und Personenstandsänderung erfolgt ist, mit ihrer Krankenversicherungskarte im KIS eingelesen und dort unter ihrem bisherigen Namen und biologischen Geschlecht geführt. Aus medizinischen Gründen ist dies zur Zuordnung der korrekten Labor-Referenzwerte sinnvoll. In der narrativen Verlaufs-/Behandlungsdokumentation kann dennoch ohne weiteres der gelebte Wunschnamen verwendet werden.
- Die fortlaufende Behandlungsdokumentation des therapeutischen Teams im KIS kann nach dem Wunschgeschlecht erfolgen, wenn dies zu Behandlungsbeginn so festgelegt wurde. Alle Besprechungen werden dann mit diesem Namen geführt inklusive der entsprechenden Geschlechtspronomina. Alle Beteiligten inklusive Klinikschule halten sich an die Vorgabe.
- Die Belegung von Mehrbettzimmern muss individuell geklärt werden – ein Einzelzimmer zu Beginn kann helfen, erst einmal Zeit für weitere Klärungen zu gewinnen. Um schwierigen Diskussionen mit Eltern von Mitpatient:innen vorzubeugen, kann die Einfügung eines entsprechenden Absatzes in die zu unterschreibende Stationsordnung helfen, z. B.: *„Wir nehmen zur Kenntnis, dass auf der Station auch Patient:innen mit unklarer oder transidenter Persönlichkeit behandelt werden. Die Belegung von Mehrbettzimmern erfolgt auf ärztlich-therapeutische Anordnung unter Beachtung der Patientensicherheit und unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte aller Patient:innen.“*
- Die Geschlechtsinkongruenz (F64.0 ff.) ist in der Regel keine primäre Behandlungsdiagnose auf Achse 1 des MAS. Es müssen relevante Komorbiditäten aus dem Kapitel F der ICD-10 vorliegen, die einen stationären Interventionsbedarf begründen.
- Die Geschlechtsinkongruenz ist dabei als biografisch entscheidender Faktor Teil der Psychotherapie.
- Häufig bedarf es einer ausführlicheren Persönlichkeitsdiagnostik zur Klärung von Differentialdiagnosen und Komorbiditäten. Dazu gehört eine ausführliche Eigen- und Fremdanamnese mit dem Fokus der sexuellen und Geschlechtsidentitätsentwicklung.
- Es erfolgt im Bedarfsfall eine ergebnisoffene Beratung und Weiterleitung an eine spezialisierte Beratungs-/ Behandlungsstelle.
- Die Diagnose einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz soll möglichst durch Fachärzt:innen/ approbierte (Kinder- und Jugendlichen-)Psychotherapeut:innen mit Erfahrung auf diesem Gebiet gestellt werden.

Speziell mit Bezug auf die o. g. Behandlungskonstellationen:

Bitte beachten Sie, dass diese Gruppeneinteilungen wissenschaftlich nicht begründet sind. Sie sind entstanden aus der klinischen Beobachtung. Folgende Vorschläge sollten deshalb nur als Anregungen gesehen werden, wie man mit Patient:innen umgehen kann, die mit einer transidenten Thematik in die Behandlung kommen oder diese in der Behandlung zum Thema machen.

1. Patient:innen der Gruppe 1 (gesicherte, persistierende Geschlechtsinkongruenz) sollen grundsätzlich entsprechend ihrer neuen, selbst bestimmten Identität behandelt werden, einschließlich der Zimmerbelegung. Es wird den Patient:innen freigestellt, sich im Verlauf des stationären Aufenthalts ggü. Mitpatienten zu „outen“. Unter Wahrung ihrer Persönlichkeitsrechte und der ärztlichen Schweigepflicht können sie hierzu *nicht* genötigt werden. Zur Eingewöhnung auf Station sollte ggfs. ein Einzelzimmer angeboten werden. Entsprechend werden auch konsequent alle sanitären Anlagen gemäß der neuen, selbst bestimmten Identität genutzt (außer Pat. wünscht etwas anderes).

Übrigens hatte schon die alte S1-Leitlinie der DGKJP von 2013 unter „Besonderheiten bei stationärer Behandlung“ empfohlen: *„Generell sollten Patienten, die sich schon in der Alltagstestphase befinden und als Person des Gegengeschlechts leben, in dieser Rolle akzeptiert und behandelt werden. Das schließt auch die Verwendung des vom Patienten gewählten Vornamens ein.“* (Meyenburg et al., 2014).

2. Patient:innen der Gruppe 2 (Geschlechtsinkongruenz ohne gesicherte Vordiagnose) befinden sich zum Aufnahmezeitpunkt oft noch mitten in einem Klärungsprozess, der im Laufe der stationären Psychotherapie begleitet und unterstützt werden sollte. Hier ist bei Aufnahme mit Pat. und Familie das Vorgehen individuell abzuwägen. Ein Einzelzimmer auf Station kann zunächst helfen, den Druck in Richtung einer bestimmten binären Geschlechtsfestlegung zu vermindern.

Je nach Konstellation kann z. B. bei sozial ängstlichen, schüchtern-gehemmten oder depressiven Pat., bei denen gleichzeitig eine Geschlechtsdysphorie vorliegt, ein „Outing“ im stationären Kontext erprobt und erste Erfahrungen mit dem Ausleben der neuen Geschlechtsrolle im geschützten Rahmen therapeutisch nutzbar gemacht werden. Die Bearbeitung kann begleitend auch in der stationären Gruppen-Psychotherapie erfolgen.

3. Patient:innen der Gruppe 3 (eher gender-fluid als transsexuell): Wunschname kann verwendet werden, insgesamt ergebnisoffene Begleitung und Ernstnehmen der Identitätssuche als notwendigen Prozess der Persönlichkeitsentwicklung. Wenn seitens Pat. keine binäre Geschlechtsfestlegung gewünscht bzw. möglich ist, besteht auch kein Handlungsbedarf, an der vorgegebenen Geschlechtsrolle etwas zu ändern. Therapeutischerseits sollte kein Druck in Richtung einer bestimmten binären Geschlechtsfestlegung. D. h. Zimmerbelegung und Benutzung der sanitären Einrichtung bleibt i. d. R. entsprechend dem ursprünglichen Geschlecht.
4. Patient:innen der Gruppe 4 (schwere Komorbidität, z. B. mit Persönlichkeitsentwicklungsstörungen): Hier sollte vorschnelles „Mit-Agieren“ vermieden und – wie es auch in den S3-Leitlinien der DGfS empfohlen wird – zunächst der Fokus auf die psychiatrische Symptomatik gerichtet werden: *„Insbesondere bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, aber auch in anderen Einzelfällen, z. B. bei einer dissoziativen Störung mit verschiedengeschlechtlichen Ego-States, kann es vorkommen, dass Symptome einer Geschlechtsdysphorie im Rahmen einer anderen Erkrankung auftreten. Wenn diese Möglichkeit bei der Erstdiagnostik nicht ausgeschlossen werden kann, muss zunächst eine adäquate Behandlung der entsprechenden Erkrankung erfolgen, bevor die Diagnose GD mit hinreichender Zuverlässigkeit gestellt werden kann.“* Hier ist ein sorgfältiger Abwägungsprozess der Behandlungshierarchie erforderlich, inwiefern vor einer Klärung der Gender-Identität zunächst eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung der akuten Symptomatik in der bisherigen Geschlechtsrolle erfolgen soll, um eine Bewertung der psychosozialen Gesamtsituation einschließlich der Geschlechtsrolle in einem Zustand emotionaler Stabilität durchführen zu können oder ob die Klärung der Geschlechtsidentität einschl. der Alltagsreprobation erst die Voraussetzung für eine Gesundung hinsichtlich der Psychopathologie schafft.

Therapieziele bezogen auf die Geschlechtsdysphorie könnten folgende sein:

- Förderung von Selbstakzeptanz, Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit
- Bewältigung von Scham- und Schuldgefühlen, internalisierter Trans-Negativität
- Verbesserung der sozialen Integration
- Unterstützung der Identitätsentwicklung und Bewältigung von Entwicklungsaufgaben
- Unterstützung bei familiären oder partnerschaftlichen Problemen
- Bearbeitung der Auswirkungen der Reaktionen anderer etc.

Literatur:

- AWMF: S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“, AWMF-Register-Nr. 138|001, 2018, www.awmf.org
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J.: Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259, 2022.
- Deutscher Ethikrat: Ad-hoc-Empfehlung „Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen“ vom 21.02.2020. Deutscher Ethikrat, Berlin, 2020.
- Meyenburg, B., Korte, A., Möller, B. & Romer, G.: Leitlinie Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter (F64). *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 63: 542–552, 2014.
- Romer, G. R., & Lempp, T.: Geschlechtsinkongruenz im Kindes- und Jugendalter. *Nervenheilkunde*, 41(05), 309-319, 2022.
- Strittmatter, E. & Holtmann, M.: Geschlechtsidentitäten im Wandel. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 48 (2): 93–102, 2020.