

Kommentar zu „Medizinische Behandlung von Minderjährigen mit
Geschlechtsdysphorie. **Ethische und rechtliche Überlegungen**“
von NEK-CNE

Jilles Smids,¹ 18-1-2025

¹ Der Autor hat diesen Kommentar auf Anfrage der Schweizer Elternvereinigung „<https://www.aufg.ch/>“ verfasst. Auch wenn es für internationale Wissenschaftler etwas ungewöhnlich sein mag, sich in die nationale Debatte eines anderen Landes einzumischen, ist die Ethik als Disziplin nicht an nationale Grenzen gebunden. Darüber hinaus beschäftigen sich alle westlichen Länder, einschließlich der Niederlande, weitgehend mit denselben Fragen. Der Kommentar basiert auf einer maschinellen Übersetzung von AUFG, die der Autor nach einem Vergleich mit dem deutschen Originaltext qualitativ ausreichend erschien.

Der Autor ist in der Abteilung für Philosophie, Ethik und Geschichte der Medizin am Erasmus Medical Center in den Niederlanden tätig. Er studierte Chemie und Philosophie und promovierte 2018 an der Technischen Universität Eindhoven in Philosophie und Ethik. Seit 2020 ist er am Erasmus MC tätig. Ethische Fragen in der pädiatrischen Geschlechtsversorgung sind eines seiner Forschungsthemen, und sie beteiligt sich aktiv an der niederländischen Diskussion zu diesem Thema. Der Autor erhielt keine finanzielle Unterstützung für das Verfassen dieses Kommentars. Sollte der Autor auf sachliche Ungenauigkeiten oder Auslassungen stoßen, würde er sich über eine Benachrichtigung freuen.

Inhalt

Kommentar zu „Medizinische Behandlung von Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie. Ethische und rechtliche Überlegungen “ von NEK-CNE	1
1 Einleitung.....	3
2 Können Pubertätsblocker das Recht von Jugendlichen auf eine offene Zukunft schützen?..	4
3 Das veränderte Profil von Jugendlichen, die eine medizinische Geschlechtsbehandlung anstreben	9
4 Die Erörterung der medizinischen Informationen und Risiken in der Stellungnahme	10
5 Die Stellungnahme zur Ethik der medizinischen Behandlung von Geschlechtsdysphorie ..	14
6 Abschließende Diskussion	18

1 Einleitung

Eine ethische Reflexion über die schwierigen Fragen der pädiatrischen Geschlechtsbehandlung ist unverzichtbar. Daher ist es lobenswert, dass nationale Ethikkommissionen wie NEK-CNE darauf abzielen, die wissenschaftliche und gesellschaftliche Diskussion über die bestmögliche Versorgung von Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie (GD) durch ethische Analysen zu bereichern. Die Notwendigkeit solcher Analysen und Empfehlungen wird durch die Tatsache deutlich, dass kürzlich auch die italienische Bioethikkommission eine Empfehlung herausgegeben hat.² Und in den Niederlanden steht der Gesundheitsrat kurz vor dem Beginn eines ähnlichen Beratungsprozesses.

Die Stellungnahme von NEK-CNE enthält viele wertvolle Beobachtungen und Empfehlungen. Insbesondere nimmt sie die Entscheidung eines Jugendlichen, eine medizinische Behandlung zu beginnen, angesichts ihrer Invasivität, ihrer schädlichen Nebenwirkungen und ihres zunehmend irreversiblen Charakters sehr ernst. Dementsprechend betont die Stellungnahme die Bedeutung einer umfassenden Einwilligung nach Aufklärung durch ausreichend reife Minderjährige, die entscheidungsfähig sind. Angesichts des grundlegenden und höchst persönlichen Charakters der Entscheidung, eine medizinische Transition zu beginnen, spricht viel für diese Sichtweise. An mehreren Stellen wird die klare Begründung für einen abwartenden Ansatz anerkannt, bei dem medizinische Eingriffe verschoben werden, bis die Kinder weiter gereift sind und Entscheidungsfähigkeit entwickelt haben, auch wenn die Stellungnahme letztendlich zu dem Schluss kommt, dass die Argumente gegen das Abwarten ausschlaggebend sein sollten. Dennoch wird zu Recht festgestellt, dass „die Suche nach zuverlässigen Prädiktoren für eine dauerhafte Geschlechtsinkongruenz intensiviert werden muss, um den potenziellen Schaden durch eine Fehldiagnose zu verhindern“. Denn der prädiktive Wert von Diagnosen der Geschlechtsdysphorie (GD) im Jugendalter ist in der Tat zu gering (Cass Review 2024; Byrne 2024). Ein weiteres begrüßenswertes Merkmal ist die ausführliche Beachtung der Rolle des psychosozialen Kontexts in der Stellungnahme (siehe jedoch Abschnitt 3 dieses Kommentars zum veränderten Patientenprofil). Schließlich wird im gesamten Bericht offen eingeräumt, dass es an qualitativ hochwertigen wissenschaftlichen Belegen für potenzielle Schäden, Risiken und potenzielle Vorteile mangelt, und es wird empfohlen, die zahlreichen Forschungslücken zu schließen.

Trotz dieser starken Merkmale weist die Stellungnahme der NEK-CNE nach Ansicht des Verfassers dieses Kommentars auch einige grundlegende Schwächen auf, die sie in ihrer derzeitigen Form ungeeignet machen, um die Schweizer Entscheidungsfindung hinsichtlich der Übernahme der neuen deutschen Leitlinie zu unterstützen und zu leiten. Diese lassen sich wie folgt zusammenfassen, wobei

² Die entsprechenden Links finden Sie unter: <https://segm.org/Italy-Puberty-Blockers-Therapy-Bioethics>

jeder Punkt einem Abschnitt dieses Kommentars entspricht. Erstens legt die Stellungnahme sehr großes argumentatives Gewicht auf die vermeintliche Reversibilität der Pubertätsunterdrückung, die jedoch keineswegs sicher ist (siehe Abschnitt 2). Zweitens geht sie nicht auf die Veränderung des Patientenprofils ein, das nun mehrheitlich aus weiblichen Personen besteht, deren GD nicht in der frühen Kindheit, sondern nach Beginn der Pubertät auftrat und die häufig eine oder mehrere psychiatrische Komorbiditäten aufweisen (siehe Abschnitt 3). Drittens ist die Diskussion der medizinischen Informationen über Schäden, Risiken und Vorteile in der Stellungnahme an verschiedenen Stellen unvollständig, unausgewogen oder sogar falsch (siehe Abschnitt 4). Schließlich ist ihre ethische Analyse im Hinblick auf die vier Prinzipien der medizinischen Ethik unvollständig und unausgewogen (siehe Abschnitt 5). Dieser Kommentar endet mit einigen abschließenden Bemerkungen (siehe Abschnitt 6).

2 Können Pubertätsblocker das Recht von Jugendlichen auf eine offene Zukunft schützen?

Das zentralste Argument in der Stellungnahme basiert auf der Vorstellung, dass die Pubertätsunterdrückung eine reversible Behandlung ist, die das Recht der Jugendlichen auf eine offene Zukunft schützt. Die Stellungnahme stellt nachdrücklich fest, dass die Einleitung einer medizinischen Geschlechtsumwandlung oder einer geschlechtsbejahenden medizinischen Behandlung eine so weitreichende und persönliche Entscheidung ist, dass nur die betroffene Person das Recht hat, sie zu treffen. Diese Haltung wird mit Verweis auf die Bedeutung von Autonomie und Selbstbestimmung begründet. Einerseits werden Zweifel daran geäußert, dass junge Jugendliche, deren Pubertät gerade erst begonnen hat, in der Lage sind, eine informierte Einwilligung zu dieser Entscheidung zu geben. Andererseits würde das Warten, bis sich ihre Entscheidungsfähigkeit weiterentwickelt hat, sie zu einer ungewollten Pubertät ihres Geburtsgeschlechts „zwingen“. Die Stellungnahme stellt die Pubertätsunterdrückung als einen reversiblen Schritt dar, der es den Jugendlichen ermöglicht, ihre Entscheidungsfähigkeit weiterzuentwickeln, und ihnen Zeit für weitere Überlegungen gibt. Diese Stellungnahme präsentiert die Pubertätsblockade als Lösung für dieses Dilemma:

Während der Anspruch auf eine vollständig offene Zukunft praktisch nicht einlösbar ist, erfordert der Respekt vor der Selbstbestimmung der minderjährigen Person, dass wegweisende Lebensentscheidungen wann immer möglich durch diese selbst getroffen werden. Die Pubertät setzt jedoch in einem Alter ein, in welchem nicht ohne weiteres klar ist, ob die Betroffenen bereits urteilsfähig sind in Bezug auf die Frage einer möglichen medizinischen Transition. Nur wenn sie abschätzen können, welche längerfristigen

persönlichen, gesundheitlichen und sozialen Folgen ihre Entscheidung mit sich bringt, ist ihre Selbstbestimmung gewahrt. Gleichzeitig bedeutet ein abwartendes Verhalten bei vorliegendem Transitionswunsch, dass die minderjährige Person die Pubertät gegen ihren Willen im unerwünschten Geschlecht durchleben muss und eine spätere Transition durch die bereits vollzogenen körperlichen Veränderungen erschwert würde, was aus der Perspektive der Selbstbestimmung problematisch ist. Der Einsatz einer Pubertätsblockade bei Minderjährigen mit einer Geschlechtsinkongruenz kann deshalb auch als Versuch verstanden werden, dieses Dilemma zu lösen, indem die durch die Pubertät verursachte Festlegung auf eine bestimmte geschlechtliche Zukunft verzögert wird. Daraus erschliesst sich auch die grosse Relevanz, die aus ethischer Sicht der Unterscheidung zwischen reversiblen und irreversiblen körperlichen Entwicklungen und medizinischen Interventionen in diesem Kontext zukommt. Die offene Zukunft wird umso stärker eingeschränkt, je geringer die Möglichkeit der betroffenen Person ist, die Entscheidung später (d.h. nach Erlangen der Urteilsfähigkeit) noch zu korrigieren (S. 16; an anderen Stellen, an denen das gleiche Argument kürzer formuliert wird, sind S. 11 „Behandlungsziel“ und S. 27 „Behandlungsempfehlung c“).

Wenn Pubertätsblocker diese Aufgabe tatsächlich ohne nennenswerte Schäden erfüllen könnten, wäre diese Lösung möglicherweise gangbar. Allerdings gibt es mindestens drei Probleme mit dem in der Stellungnahme vorgeschlagenen Ausweg aus diesem Dilemma. Erstens gibt es zunehmend Hinweise darauf, dass die Unterdrückung der Pubertät wahrscheinlich nicht reversibel ist, sondern für die überwiegende Mehrheit den ersten Schritt auf einem irreversiblen Behandlungsweg darstellt (für eine ausführliche Diskussion siehe (Jorgensen, Athéa und Masson 2024; Baron und Dierckxsens 2022b) . Zweitens kann es durchaus sein, dass Pubertätsblocker schädliche Nebenwirkungen haben, die Optionen ausschließen, die als zentral für eine offene Zukunft angesehen werden können, wie z. B. unbekannte Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung und beeinträchtigte Sexualfunktionen (Baxendale 2024; Women's Voices [@WomenReadWomen] 2022) . Und drittens legt diese Art der Darstellung der Entscheidungssituation zu viel Gewicht auf die Achtung der Autonomie und unterschätzt andere medizinethische Grundsätze, insbesondere die Wohltätigkeit und die Nichtschädigung (dieses dritte Problem wird in Abschnitt 5 erörtert).

Das erste Problem, dass die Pubertätsunterdrückung (PS) möglicherweise überhaupt nicht reversibel ist, wurde von den niederländischen Ärzten der Amsterdamer Genderklinik von Anfang an erkannt (Cohen-Kettenis und van Goozen 1998) . Sie erklärten, dass Jugendliche die PS möglicherweise als ersten Behandlungsschritt betrachten, eine Sorge, die auch von anderen geteilt wird (Wren 2000; Korte et al. 2008) . Nachfolgende Studien haben durchweg gezeigt, dass fast alle, d. h. mehr als 95 % der Kinder, die mit PS beginnen, weiterhin geschlechtsübergreifende Hormone (CSHs) einnehmen (Brik et al. 2020; Wiepjes et al. 2018; Carmichael et al. 2021) . Diese Zahlen deuten darauf hin, dass Kinder möglicherweise nicht lange über ihre (Geschlechts-)Identität und ihre Wünsche hinsichtlich

einer Behandlung oder Alternativen nachdenken. Denn wie Anna Hutchinson, die in der englischen Tavistock-Klinik gearbeitet hat, feststellt, wie wahrscheinlich wäre es, dass praktisch alle, wenn sie „Zeit zum Nachdenken“ hätten, zu dem gleichen Ergebnis kämen (Barnes 2023) ? Auf jeden Fall bedürfen diese hohen Zahlen einer Erklärung.

Eine Erklärung könnte sein, dass die Gender-Kliniker sehr gut darin sind, diejenigen mit einer stabilen Transgender-Identität herauszufiltern, bei denen es sehr unwahrscheinlich ist, dass sich ihre GD auflöst. Diese Erklärung wird von einer Reihe prominenter Gender-Kliniker bevorzugt (de Vries et al. 2021) . Eine alternative Erklärung ist jedoch, dass die Pubertätsunterdrückung (PS) einen iatrogenen Effekt hat, indem *sie* bei Jugendlichen, die sich einer PS unterziehen, *zu* einer Persistenz der GD *führt*. Dies ist keine bloße Möglichkeit, denn Hillary Cass schlägt in ihrem Zwischenbericht einen plausiblen Mechanismus vor:

Die schwierigste Frage ist, ob Pubertätsblocker Kindern und Jugendlichen tatsächlich wertvolle Zeit verschaffen, um ihre Optionen abzuwägen, oder ob sie Kinder und Jugendliche effektiv in einen Behandlungsweg „einschließen“, der in der Verabreichung feminisierender/maskulinisierender Hormone gipfelt, indem sie den üblichen Prozess der sexuellen Orientierung und der Entwicklung der Geschlechtsidentität behindern. (Cass 2022, 38) .

Weitere Belege, die die Argumentation der „Umkehrbarkeit“ und der „Zeit zum Nachdenken“ untergraben, stammen aus empirischen Ethikstudien von Forschern, die selbst einen geschlechtsbejahenden Ansatz befürworten. In einer niederländischen Interviewstudie gaben alle acht teilnehmenden Jugendlichen, die mit CSH fortfuhren, an, dass sie PS nicht als Zeit zum Nachdenken betrachteten, was die oben erwähnte sehr frühe niederländische Besorgnis bestätigt:

... keiner der acht befragten Jugendlichen, die mit GAH [geschlechtsbejahenden Hormonen] fortgefahren waren, und keiner ihrer Eltern gab an, dass mehr Zeit zum Erkunden und Entscheiden, ob sie GAMT [geschlechtsbejahende medizinische Behandlung] fortsetzen wollten oder nicht, für sie eine Funktion von PS war. Sie erwähnten, dass sie/ihr Kind bereits zu Beginn der PS sicher waren, dass sie mit GAMT fortfahren wollten (Lieke J.J.J. Vrouwenraets et al. 2022, 433) .³

Wichtig ist, dass auch die Eltern offenbar bereits entschieden hatten, dass eine medizinische Behandlung für ihre Kinder die beste Option sei. Angesichts der Bedeutung der Eltern und des weiteren sozialen Umfelds der Kinder bei der Entscheidung über die medizinische Behandlung ihrer GD kann eine solche Haltung der Eltern leicht das Recht des Kindes auf eine offene Zukunft und autonome Entscheidungsfindung untergraben.

³ Der Leser wird auf (Jorgensen, Athéa und Masson 2024) verwiesen, wo mehrere weitere aufschlussreiche Zitate aus niederländischen Interviewstudien zu finden sind.

Diese Erkenntnisse und Beobachtungen veranlassten die Amsterdamer Kliniker bereits vor Jahren, den Beginn der PS als den eigentlichen Zeitpunkt der Entscheidungsfindung zu empfehlen und daher bereits zu diesem Zeitpunkt alle Risiken zu erörtern:

Darüber hinaus zeigen unsere klinischen Erfahrungen, dass die meisten Jugendlichen und Eltern die Pubertätsunterdrückung als ersten Schritt der Geschlechtsumwandlung erleben. Daher ist es wichtig, die iatrogenen Risiken möglicher zukünftiger geschlechtsbejahender Behandlungen (z. B. geschlechtsübergreifende Hormone und geschlechtsbejahende Operationen) zu besprechen, *auch wenn es noch mehrere Jahre dauern kann, bis der Jugendliche für solche Behandlungen in Frage kommt*. Solche Gespräche könnten beispielsweise die Aufklärung der Patienten über die Empfindlichkeit der Genitalien nach einer Genitaloperation und über die Möglichkeit (im Falle einer Hormontherapie) oder Gewissheit (im Falle der Entfernung der Gebärmutter und der Eierstöcke) eines Verlusts der Fruchtbarkeit umfassen [26]. (Steensma, Wensing-Kruger und Klink 2017, Hervorhebung hinzugefügt) .

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es höchst zweifelhaft ist, dass PS eine wirklich reversible medizinische Intervention ist, die es Kindern ermöglicht, weiter zu reifen, bis sie eine ausreichende Fähigkeit entwickelt haben, um eine informierte Einwilligung für geschlechtsübergreifende Hormone (CSHs) zu geben. Vielmehr deuten alle Beweise auf die Schlussfolgerung hin, dass die eigentliche Entscheidung zum Zeitpunkt des Beginns der PS getroffen wird. Daher ist PS nicht die gewünschte Lösung für das Dilemma; es gewährleistet keine offene Zukunft, sondern verschließt Kindern mit GD in einem Alter, in dem ihre Fähigkeit zur Einwilligung nach Aufklärung sehr zweifelhaft ist, den Weg in eine nicht-medikalisierte Zukunft (. Eine treffende Zusammenfassung der obigen Diskussion könnte lauten, dass selbst *wenn* widerstandsfähige Jugendliche die PS beenden *könnten*, *wenn* sie dies wollten, die PS für die überwiegende Mehrheit sehr wahrscheinlich *psychologisch* irreversibel ist.

Hinzu kommt das zweite Problem der in der Stellungnahme vorgeschlagenen Lösung:

Pubertätsblocker können schädliche Nebenwirkungen haben, von denen einige direkt Fähigkeiten betreffen, die für die Zukunft eines Kindes wohl wichtig sind. Eine der wichtigsten ist die potenzielle negative Auswirkung von PS auf die Entwicklung der Gehirne und die kognitiven Fähigkeiten. Auch hier formuliert der vorläufige Cass-Bericht sehr deutlich, direkt im Anschluss an den oben zitierten Abschnitt:

Eine eng damit verbundene Sorge sind die unbekannten Auswirkungen auf die Entwicklung, Reifung und Kognition, wenn ein Kind oder ein Jugendlicher nicht den physischen, psychologischen, physiologischen, neurochemischen und sexuellen Veränderungen ausgesetzt ist, die mit dem Hormonschub in der Pubertät einhergehen. Es ist bekannt, dass die Pubertät eine Phase bedeutender Veränderungen in der Struktur, Funktion und Konnektivität des Gehirns ist.⁴⁰ Während dieser Zeit stärkt das Gehirn einige Verbindungen

(Myelinisierung) und baut andere ab (synaptisches Pruning). Es kommt zur Reifung und Entwicklung der Funktionen des Frontallappens, der die Entscheidungsfindung, die Emotionsregulation, das Urteilsvermögen und die Planungsfähigkeit steuert. Tierversuche deuten darauf hin, dass diese Entwicklung teilweise durch die pubertären Sexualhormone vorangetrieben wird, aber es ist unklar, ob dies auch beim Menschen der Fall ist.⁴¹ Wenn pubertäre Sexualhormone für diese Reifungsprozesse des Gehirns unerlässlich sind, stellt sich die Frage, ob es ein kritisches Zeitfenster für diese Prozesse gibt oder ob ein Nachholen möglich ist, wenn Östrogen oder Testosteron später zugeführt werden. (Cass 2022, 38)

In Abschnitt 4 wird erläutert, warum die beruhigende Einschätzung dieses Risikos in der Stellungnahme auf einer unzureichenden Darstellung der Literatur basiert. Weitere medizinische Risiken der PS sind ein erhöhtes Risiko für Unfruchtbarkeit, beeinträchtigte Sexualfunktion und kompliziertere Genitaloperationen. PS, insbesondere ein früher Beginn bei Tanner 2, wirkt sich negativ auf die Fruchtbarkeit aus, während die Möglichkeiten zur Erhaltung der Fruchtbarkeit invasiv und teuer sind und keineswegs einen Erfolg garantieren (Stolk et al. 2023; Brik et al. 2019). Die ausführliche Bezugnahme der Stellungnahme auf diese Probleme mit der Fruchtbarkeit ist eine angemessene Anerkennung ihrer Schwere. Leider ist PS jedoch kein reversibler Eingriff, der die Bedenken von NEK-NCE zerstreuen könnte. Ein früher Beginn von PS führt wahrscheinlich auch zu Anorgasmie (Women's Voices [@WomenReadWomen] 2022).⁴ Und schließlich führt ein früher Beginn der PS, im Tanner-Stadium 2/3, in der Regel dazu, dass zu wenig Penisgewebe vorhanden ist, um Standard-Inversionstechniken in der Genitalchirurgie anzuwenden. Um dieses Problem zu lösen, wird der Person ein Stück Dickdarm entnommen, um eine künstliche Vagina zu schaffen, was ein chirurgischer Eingriff mit erhöhtem Risiko ist (Biggs 2023). Tatsächlich starb eine der 70 Teilnehmerinnen der bahnbrechenden niederländischen PS-Studie (de Vries et al. 2011) später an Komplikationen nach ihrer Genitaloperation (Negenborn et al. 2017).

All dies untergräbt zusätzlich die Darstellung von PS als reversibler Eingriff, der eine offene Zukunft gewährleistet, denn es handelt sich hier eindeutig um potenzielle Schäden, die, wenn sie eintreten, das Erwachsenenleben der betroffenen Personen erheblich beeinträchtigen. Entscheidend ist, dass diese Schäden *irreversibel* sind und somit neben der oben erläuterten psychologischen Irreversibilität einen weiteren Grund darstellen, warum PS überhaupt nicht reversibel ist. Es könnte eingewandt werden, dass diese schädlichen Nebenwirkungen „nur“ potenziell sind, da es keine qualitativ hochwertigen wissenschaftlichen Belege sowohl für die Schäden als auch für die Vorteile von PS gibt. Die Beweislast dafür, dass PS sicher und in dem relevanten Sinne tatsächlich reversibel ist, liegt

⁴ Ein kürzlich erschienener niederländischer Artikel behauptet, dass es keinen Zusammenhang zwischen einem frühen oder späten Beginn der Pubertät und der Orgasmusfähigkeit und der sexuellen Funktion im weiteren Sinne gibt (van der Meulen et al. 2024). Die Stichprobengröße war jedoch so klein, dass diese Schlussfolgerung auf der Grundlage der Studienergebnisse nicht gerechtfertigt ist.

jedoch bei denjenigen, die diese medizinischen Eingriffe anbieten, und bei denjenigen, die PS als Lösung für das ethische Problem der (zu) frühen Intervention vorschlagen, d. h. bei der NEK-CNE. Hinzu kommt, dass die Schäden, wie oben dargelegt, nicht nur potenziell sind, sondern alle klaren Gründe und einige empirische Belege haben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Appell der Stellungnahme an PS als reversible medizinische Intervention, die zur Lösung des Dilemmas zwischen abwartender Beobachtung und frühzeitiger Medikalisierung von GD beiträgt und die Zukunft der Kinder offen hält, ungerechtfertigt ist. Angesichts der Tatsache, dass dies der Grundstein der Analyse und Argumentation der Stellungnahme zur Unterstützung des Angebots von PS und CSH für Minderjährige mit GD ist, ist dies ein äußerst bedeutendes Ergebnis.

3 Das veränderte Profil von Jugendlichen, die eine medizinische Geschlechtsbehandlung anstreben

Eines der zentralsten Themen in der aktuellen wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Debatte ist das veränderte Patientenprofil (Aitken et al. 2015; Kaltiala-Heino et al. 2015; 2018; Zucker 2019; De Vries 2020; Littman 2018; Bauer, Lawson und Metzger 2021; Cass Review 2024; Leonhardt et al. 2024; Ashley 2020) . Während der niederländische Ansatz auf der Behandlung einer ungefähr gleichen Anzahl relativ psychisch stabiler männlicher und weiblicher Personen basiert, die seit ihrer frühen Kindheit unter schwerer GD leiden (de Vries et al. 2011; de Vries und Cohen-Kettenis 2012; Delemarre-van de Waal und Cohen-Kettenis 2006) , besteht die derzeit vorherrschende Patientengruppe aus weiblichen Personen, deren Geschlechtsprobleme typischerweise nach Beginn der Pubertät auftreten und die deutlich mehr psychiatrische Komorbiditäten aufweisen (Arnoldussen, de Rooy, et al. 2022; de Rooy et al. 2024; Kaltiala-Heino et al. 2015; 2018) . Das veränderte Geschlechterverhältnis wird in mehreren westlichen Ländern beobachtet (Aitken et al. 2015) .

Eine klare Sorge in der Literatur und in der Gesellschaft ist, ob diese neue Patientengruppe auch Jugendliche umfasst, die sich aufgrund der Interpretation ihrer bereits bestehenden Herausforderungen durch die Brille der Geschlechtsidentität als transgender identifizieren (Bechard et al. 2017; Bradley 2022; Cass Review 2024) . Wenn dies der Fall wäre, wäre es offensichtlich unwahrscheinlich, dass eine medizinische Behandlung ihnen insbesondere langfristig helfen würde, während eine sorgfältige explorative Psychotherapie und psychosoziale Interventionen dazu beitragen könnten, die psychische Belastung dieser Jugendlichen zu verringern und ihre allgemeine Funktionsfähigkeit zu verbessern. Mehrere Autoren plädieren für solche nicht-medizinischen Ansätze

als erste Intervention, und eine Reihe von Fallberichten in der Literatur deuten darauf hin, dass dies tatsächlich geschieht und somit eine reale Möglichkeit darstellt (Churcher Clarke und Spiliadis 2019; Spiliadis 2019; Lemma 2018; D'Angelo 2023; D'Angelo et al. 2021) .

Bemerkenswert ist, dass die Stellungnahme diese Fragen völlig außer Acht lässt.⁵ In Abschnitt „2.2.1 Psychologische, systemische und psychotherapeutische Unterstützung“ werden hauptsächlich psychotherapeutische Ansätze als Hilfe für Transpersonen im Umgang mit Diskriminierung und Ausgrenzung sowie als Unterstützung bei der Aufnahme einer medizinischen Behandlung diskutiert. Es gibt keine Anerkennung des veränderten Patientenprofils, noch seiner Auswirkungen auf die Evidenzbasis (die für die ursprüngliche niederländische Patientenkohorte bereits schwach ist) oder auf die besten Erstlinieninterventionen. Aus medizinethischer und rechtlicher Sicht kann eine invasive medizinische Behandlung nur dann gerechtfertigt sein, wenn weniger invasive psychotherapeutische Ansätze zur Linderung der Leiden von Jugendlichen mit GD versucht wurden und gescheitert sind. Entgegen den Behauptungen in der Literatur (Ashley 2022) kann eine solche Therapie durchaus ethisch vertretbar sein und sollte nicht mit einer Konversionstherapie gleichgesetzt werden (D'Angelo 2023; Spiliadis 2019) .

4 Die Erörterung der medizinischen Informationen und Risiken in der Stellungnahme

An mehreren Stellen, insbesondere in Kapitel 2, ist die Darstellung und Erörterung der relevanten medizinischen Informationen und Risiken von PS, CSHs und Operationen in der Stellungnahme unvollständig, unzureichend ausgewogen oder sogar falsch. Ich werde kurz auf die wichtigsten Probleme eingehen.

Der Beginn der PS im Tanner-Stadium 2 ist nicht die beste Vorgehensweise

Die Behauptung, dass es derzeit bewährte Praxis ist, PB „bei vorhandener Indikation mit einer Pubertätsblockade frühestens ab Tanner-Stadium 2 zu beginnen“ (S. 10), ist unbegründet. Die Tatsache, dass dies in den Standard of Care 8 der World Professional Association for Transgender Health (Coleman et al. 2022) empfohlen wird, ist keine gute Grundlage, da es sich um eine problematische Richtlinie handelt (Block 2024; Cass Review 2024). Die Stellungnahme berücksichtigt nicht die Tatsache, dass die kürzlich geänderte schwedische Richtlinie Tanner 3 vorschreibt, bevor

⁵ Diese Auslassung ist auch in den Empfehlungen unter Abschnitt 4.3 zu sehen

Jugendliche für PS in Frage kommen.⁶ Bemerkenswert ist, dass dies zusammen mit den finnischen Richtlinien die einzigen Richtlinien waren, die von der Cass-Überprüfung als „evidenzbasiert“ eingestuft wurden (Cass Review 2024; Taylor, Hall, Heathcote, Hewitt, et al. 2024) .

Es gibt keine beruhigenden Erkenntnisse hinsichtlich der Auswirkungen von Pubertätsblockern auf die Gehirnentwicklung

Unter „Risiken und Nebenwirkungen“ ist die Formulierung, dass der Einfluss von PB auf die Gehirn- und kognitive Entwicklung „nicht ausgeschlossen werden kann“, angesichts der Gesamtbeweislage zu schwach. Die Hinweise auf mögliche negative Auswirkungen stammen alle aus Studien, die keine eindeutigen Beweise liefern, aber zusammengenommen können sie als besorgniserregend angesehen werden und erfordern dringend weitere Untersuchungen (Baxendale 2024; Chen et al. 2020; Biggs 2023) . Der Verweis auf eine niederländische Studie zum Zusammenhang zwischen dem IQ vor der Behandlung und den Bildungsergebnissen nach der Behandlung, um zu suggerieren, dass es möglicherweise keine Probleme gibt, ist unbegründet, da diese Studie erhebliche methodische Einschränkungen aufweist, um eine beruhigende Schlussfolgerung zu ziehen, wie jeder feststellen kann, der die Studie selbst (Arnoldussen, Hooijman, et al. 2022) oder die systematische Übersicht von (Baxendale 2024) liest. Ebenso wird in der Stellungnahme in der kurzen Erörterung einer anderen niederländischen Studie (Staphorsius et al. 2015) fälschlicherweise behauptet, dass in dieser Studie „sich keine signifikanten Unterschiede in der [kognitiven] Leistung ... ermitteln“ liessen (S. 12).⁷ Es ist bemerkenswert, dass die Stellungnahme, anstatt auf diese systematische Übersicht zu verweisen, eine kurze und selektive narrative Erörterung der Literatur liefert. Ebenfalls fehlt ein Verweis auf die

⁶ <https://segm.org/Swedish-2022-trans-guidelines-youth-experimental>

⁷ Die Stellungnahme: „Es wurden keine signifikanten Unterschiede in der Leistung (Zeit, Fehlerquote) zwischen den beiden Gruppen von geschlechtsdysphorischen Kindern mit und ohne Pubertätsblockade festgestellt.“

Die Zusammenfassung der Studie: „Wir fanden keinen signifikanten Einfluss von GnRHa auf die ToL-Leistungsscores (Reaktionszeiten und Genauigkeit), wenn wir GnRHa-behandelte Männer-zu-Frauen (unterdrückte MFs, $n = 8$) mit unbehandelten MFs ($n = 10$) verglichen oder wenn wir GnRHa-behandelte Frauen-zu-Männer (unterdrückte FMs, $n = 12$) mit unbehandelten FMs ($n = 10$) verglichen. *Allerdings hatten die unterdrückten MFs signifikant niedrigere Genauigkeitswerte als die Kontrollgruppen und die unbehandelten FMs.* (Hervorhebung hinzugefügt (Staphorsius et al. 2015))“

Und Baxendale zu dieser Studie (S. 8): „Während sich die Gruppen hinsichtlich der Reaktionszeit beim Tower of London Test nicht unterschieden, hatten unterdrückte Männer zu Frauen im Vergleich zu den Kontrollgruppen signifikant niedrigere Genauigkeitswerte. Dieses Muster blieb auch nach Kontrolle des IQ signifikant. Trotzdem wurde das Ergebnis zur Reaktionszeit wurden in der nachfolgenden Literatur⁴⁴ und in politischen Dokumenten als Beweis dafür angeführt, dass es keine nachteiligen Auswirkungen auf die Leistung gibt.“ Die Stellungnahme der NEK-NCE ist ein typisches Beispiel dafür. Ein weiteres Beispiel für diesen problematischen Verweis auf die Arbeit von Staphorsius findet sich in einem niederländischen Artikel einer Reihe prominenter niederländischer Gender-Kliniker (Smids und Vankrunkelsven 2023)

Konsenserklärung zu den kognitiven Auswirkungen von PBs als dringende Forschungsaufgabe (Chen et al. 2020) .

Unvollständige und unausgewogene Diskussion über Bedauern und Bedauernsraten

Hier ist der Kern der Diskussion der Stellungnahme über die Prävalenz von Bedauern:

„Nur wenige Menschen bereuen den Eingriff. Laut einer Metaanalyse, in der Daten zur Zufriedenheit von rund 8.000 Menschen nach verschiedenen Geschlechtsangleichungsoperationen ausgewertet wurden, bereuten 77 Personen die Operation (ca. 1 %) (Bustos et al. 2022).“

Diese Aussage weist zwei wesentliche Probleme auf. Erstens weist die Metaanalyse von (Bustos et al. 2021) schwerwiegende Mängel auf (Expósito-Campos und D'Angelo 2021) .⁸ Und in der Stellungnahme wird nicht erwähnt, dass viele der ausgewählten Studien erhebliche Verluste bei der Nachbeobachtung aufweisen. Beispielsweise berichtet die größte Studie, die etwa die Hälfte der Teilnehmer umfasst, von einem Verlust bei der Nachbeobachtung von 36 % (Wiepjes et al. 2018) . Dies bedeutet, dass die Feststellung einer sehr geringen Bereuungsrate in dieser Studie von fragwürdiger Gültigkeit ist (vgl. Dettori 2011) .

Das zweite große Problem besteht darin, dass diese Metaanalyse mehrere Studien umfasst, die sich auf weniger aktuelle Patientenkohorten beziehen, die zu einem anderen Zeitpunkt die Geschlechtsangleichung vorgenommen haben und nicht die neuen Kohorten von weiblichen Jugendlichen umfassen, die im vorigen Abschnitt diskutiert wurden. Bei diesen Patienten, die erst kürzlich eine Geschlechtsangleichung vorgenommen haben, ist die Bedauernrate unbekannt, obwohl es klare Anzeichen dafür gibt, dass ihr Bedauern möglicherweise früher nach der Geschlechtsangleichung auftritt und dass die Bedauernsraten höher sein könnten (Cohn 2023; Jorgensen 2023; Hall, Mitchell und Sachdeva 2021; Expósito-Campos und D'Angelo 2021) .

⁸ Aus (Expósito-Campos and D'Angelo 2021) : „In diesem Brief argumentieren wir, dass die Schlussfolgerungen ihrer systematischen Überprüfung und Metaanalyse aufgrund von Einschränkungen ihrer Methoden und Mängeln der ausgewählten Studien fragwürdig sind. Beginnend mit den Methoden haben die Autoren zahlreiche relevante Studien übersehen, darunter eine der bekanntesten,² was Fragen hinsichtlich der Angemessenheit ihrer Suchstrategie aufwirft. Eine Studie³ wurde unangemessen einbezogen, da sie nur das Bedauern hinsichtlich der Wahl des chirurgischen Verfahrens untersuchte, nicht jedoch das Bedauern hinsichtlich der Operation selbst. Darüber hinaus gibt es erhebliche Fehler bei der Datenextraktion, die zu falschen Schlussfolgerungen führen. So wurde beispielsweise die Stichprobe für das Bedauern über die Operation in ihrer größten einbezogenen Studie⁴ von 2627 auf 4863 aufgebläht, wahrscheinlich aufgrund einer Fehlberechnung aus einer Tabelle, in der die Behandlungsmuster der gesamten Studienpopulation dieser Arbeit aufgeführt sind.“

Unbegründeter Verweis auf „akute Suizidalität“ bei der Argumentation gegen das abwartende Beobachten

Auf Seite 20 heißt es in der Stellungnahme:

Dabei [d. h. eine abwartende Haltung einzunehmen, anstatt die Pubertät zu stoppen und möglicherweise schädliche Nebenwirkungen zu verursachen] wird jedoch ausgeblendet, dass auch eine zu späte medizinische Intervention grossen Schaden anrichten kann, etwa weil dadurch bei einer späteren medizinischen Transition umfangreiche chirurgische Eingriffe notwendig werden, die sonst hätten vermieden werden können oder weil sich die Symptomatik der Geschlechtsdysphorie durch die fortschreitende Pubertät zunehmend verschlechtert und dadurch das Leiden der betroffenen Personen stark zunehmen kann, *bis hin zur akuten Suizidalität* (vgl. Bauer et al. 2015) (Hervorhebung hinzugefügt).

Der Verweis auf Suizidgedanken zur Untermauerung des Arguments, dass eine abwartende Haltung schädlich sein könnte, ist sehr problematisch. Wie eine von der WPATH in Auftrag gegebene systematische Überprüfung bestätigt, gibt es keinen Beweis dafür, dass eine medizinische Behandlung die tatsächliche Suizid verringert . Diese Erkenntnis wird durch eine finnische Studie bestätigt, die auch zeigt, dass die tatsächliche Zahl der Suizide glücklicherweise gering ist (Ruuska et al. 2024) . Natürlich sind Suizidgedanken ebenfalls ein ernstes Thema, jedoch treten sie bei Menschen mit psychischen Problemen sehr häufig auf und können ebenso auf eine psychiatrische Komorbidität zurückzuführen sein wie auf das Leiden an GD. Es gehört zum Aufgabenbereich der psychischen Gesundheitsversorgung, angemessen mit Suizidalität umzugehen, und sollte nicht als Rechtfertigung für die medizinische Transition gefährdeter Jugendlicher herangezogen werden.

Die Diskussion über Schäden und Nebenwirkungen ist unvollständig

In der Stellungnahme werden mehrere schwerwiegende Nebenwirkungen nicht erwähnt. So werden beispielsweise Beckenbodenprobleme (wie Beckenschmerzen, die Transmänner dazu veranlassen können, sich für eine ansonsten unerwünschte Hysterektomie zu entscheiden), vaginale Atrophie und sexuelle Funktionsstörungen nicht erwähnt (da Silva et al. 2024; Tordoff et al., n.d.; Zwickl et al. 2023; Dominoni et al. 2025) .

Darüber hinaus fehlt eine Diskussion über bekannte Risiken in Bezug auf die Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Gesundheit sowie erhöhte Krebsrisiken und erhöhte Sterblichkeitsrisiken, obwohl es schwierig sein mag, die Kausalität zwischen den Auswirkungen von CSHs, Lebensstilfaktoren, Minderheitenstress und noch anderen Faktoren zu verteilen (Blok et al. 2021) . Einige vorläufige Forschungsergebnisse deuten auf veränderte kardiometabolische Veränderungen bei transgener Jugendlicher hin (Nokoff et al. 2020) .

5 Die Stellungnahme zur Ethik der medizinischen Behandlung von Geschlechtsdysphorie

An sich ist es hilfreich, eine ethische Analyse der medizinischen Behandlung von jugendlicher GD auf der Grundlage der vier Prinzipien der Wohltätigkeit, der Nichtschädigung, der Achtung der Autonomie und der Gerechtigkeit vorzunehmen (Beauchamp und Childress 2019; Varkey 2021), wie es die Stellungnahme tut. Allerdings mangelt es der Diskussion an Ausgewogenheit, sowohl was den Platz betrifft, der jedem einzelnen Prinzip gewidmet wird, als auch was das Gewicht betrifft, das jedem einzelnen Prinzip bei der abschließenden Abwägung der Vor- und Nachteile einer medizinischen Behandlung beigemessen wird.

Die grundlegende medizinethische Überlegung lautet, dass eine medizinische Behandlung angeboten werden sollte, wenn ihr Nutzen gegenüber ihrem Schaden überwiegt, wobei dies durch wissenschaftliche Erkenntnisse von ausreichender Qualität belegt sein muss (vgl. 3.2.1, S. 19). Wie im Folgenden dargelegt wird, werden in der Stellungnahme jedoch unter dem Punkt „Wohltätigkeit“ (3.3) keine klaren und wissenschaftlich belegten Vorteile genannt, die die schwerwiegenden Schäden und Risiken rechtfertigen könnten. Etwas überraschend enthält (3.3) eine ausführliche Erörterung der Rolle der Familie und des sozialen Umfelds für das Wohlbefinden von Jugendlichen mit GD, jedoch keine Erörterung der potenziellen Vorteile einer medizinischen Behandlung mit PS, CSHs und Operationen. Man hätte eine kurze Erörterung der Schlussfolgerungen der verschiedenen systematischen Übersichtsarbeiten erwartet, die alle zu dem Ergebnis kommen, dass es nur geringe oder sehr geringe Evidenz für den psychologischen Nutzen von PS und CSHs gibt. (.

Was den ethischen Grundsatz der Nichtschädigung betrifft, so leidet die Erörterung dieses Grundsatzes (3.2) natürlich unter der unvollständigen und teilweise unausgewogenen oder sogar ungenauen Darstellung und Erörterung der verschiedenen Risiken und Schäden von PS und CSH in früheren Abschnitten (in Kapitel 2) der Stellungnahme. Der Großteil der Diskussion in (3.2) befasst sich mit den Lücken in den wissenschaftlichen Erkenntnissen und der Frage, wie mit diesen Lücken bei der medizinischen Entscheidungsfindung in Bezug auf die medizinische Behandlung von Minderjährigen umgegangen werden soll. Die Stellungnahme verweist auf Forschungsergebnisse zu PS für die Indikation *Pubertas praecox*: „Diese Ergebnisse lassen sich nicht direkt auf die Behandlung von Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie übertragen, liefern jedoch wertvolle Informationen über mögliche Risiken und Nebenwirkungen.“ Diese Ergebnisse sind zwar in der Tat wertvoll, aber es

gibt mehrere Unterschiede, die den Vergleich nur von begrenztem Wert machen. Vor allem wird PS bei *Pubertas praecox* verabreicht, um die Sexualhormone auf ein alters- und entwicklungsgerechtes Niveau zu senken, und es wird zu dem Zeitpunkt abgesetzt, zu dem die normale Pubertätsentwicklung eintreten sollte; daher gibt es keine Bedenken hinsichtlich eines Lock-in-Effekts und es führt nicht zu einer weiteren Medikalisierung der Kinder. Darüber hinaus weist die zu behandelnde Erkrankung – *Pubertas praecox* – beobachtbare, biologisch messbare Symptome (d. h. Anzeichen der Pubertät vor einem bestimmten Alter) und einen klaren natürlichen Verlauf (d. h. vorzeitige Geschlechtsreife, Verschmelzung der Wachstumsfugen, was zu einer geringen Körpergröße im Erwachsenenalter führt) auf. Im Gegensatz dazu gibt es für GD keinen biologischen Marker und der natürliche Verlauf ist unbekannt. Drittens gab es Studien zur Verwendung von Blockern bei vorzeitiger Pubertät, die in der EU von der EMA und in den USA von der FDA zugelassen sind, im Gegensatz zur Verwendung bei GD.

Die Stellungnahme erkennt zwar eindeutig die Grenzen der Evidenz an, argumentiert aber dennoch, dass eine medizinische Behandlung gerechtfertigt sein kann:

In Abwesenheit von wirksamen Behandlungsalternativen sowie angesichts vielversprechender Behandlungsergebnisse mit Bezug auf die psychische Gesundheit und die Lebensqualität der Betroffenen (vgl. Tordoff et al. 2022; Nobili et al. 2018) und dem Vorliegen eines bisweilen enorm grossen Leidensdrucks liegt die Schwelle, um einen generellen Behandlungsverzicht ethisch zu rechtfertigen, besonders hoch (vgl. de Lara et al. 2020).

Diese Argumentation ist nicht stichhaltig. In diesem Zitat wird zu Recht impliziert, dass die Stellungnahme die Notwendigkeit eines Nutzens zur Rechtfertigung einer medizinischen Behandlung anerkennt. Der Verweis auf „ bezieht sich jedoch auf eine Studie mit Erwachsenen und nicht mit Minderjährigen, die mit PS und CSHs behandelt werden. Es ist offensichtlich problematisch, sich auf eine systematische Überprüfung von Behandlungen für Erwachsene zu berufen, um die Behandlung von Minderjährigen zu rechtfertigen, insbesondere wenn systematische Überprüfungen von Studien zu Behandlungen für Minderjährige durchweg nur geringe oder sehr geringe Beweise für den Nutzen liefern (siehe die in der obigen Diskussion unter (3.3) zitierten Übersichtsarbeiten). Unabhängig davon, wie schwerwiegend das Leiden an GD ist, muss angesichts der erheblichen Schäden und Risiken von PS und CSHs ein ausreichender Nachweis des Nutzens vorliegen, um diese Schäden aufzuwiegen. Denn der Nachweis des Leidens, selbst ein starker Nachweis des Leidens, ist völlig unabhängig vom klinischen Nachweis der Linderung des Leidens.

Es ist daher von großer Bedeutung, dass unter anderem Schweden diese Abwägung von Risiken und Nutzen vorgenommen hat und zu einem anderen Ergebnis gekommen ist:

Auf Gruppenebene (d. h. für die Gruppe der Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie insgesamt) kommt das Nationale Gesundheits- und Sozialamt derzeit zu der Einschätzung, dass die Risiken von Pubertätsblockern und geschlechtsangleichenden Behandlungen wahrscheinlich die erwarteten Vorteile dieser Behandlungen überwiegen.⁹

Im Gegensatz zur Abwägung in der Stellungnahme basiert die schwedische Abwägung auf einer ordnungsgemäßen systematischen Überprüfung von Studien über Jugendliche.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass in diesem Abschnitt (3.2) erneut auf die oben in Abschnitt 4 diskutierten, angeblich niedrigen Bedauernraten Bezug genommen wird.

Schließlich wird in der Stellungnahme zu Recht festgestellt, dass Behandlungsentscheidungen auf individueller Basis getroffen werden sollten. Der Vorschlag scheint zu sein, dass eine sorgfältige individuelle Abwägung von Risiken und Vorteilen zu der Schlussfolgerung führen kann, dass „in diesem Einzelfall“ die Vorteile gegenüber den Nachteilen überwiegen. Es ist jedoch zu beachten, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse über bekannte und unbekannte Risiken sowie über potenzielle Vorteile so gering sind, dass selbst individuelle Bewertungen mit zu vielen Unsicherheiten behaftet sind, um selbst für einzelne Jugendliche mit Sicherheit zu solchen Urteilen zu gelangen. In der Stellungnahme wird daher zu Recht festgestellt (S. 22), dass Verfahren zur Einholung der Einwilligung nach Aufklärung eine umfassende Offenlegung und Erörterung der Risiken und Schäden beinhalten sollten, natürlich vorausgesetzt, dass die Behandlungen medizinisch indiziert sind und auf der Grundlage eines günstigen Risiko-Nutzen-Profiles angeboten werden können.

⁹ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-1-8330.pdf> Das obige Zitat lautet wie folgt weiter: „Der Nationale Rat für Gesundheit und Soziales gibt daher die folgenden schwachen, negativen Empfehlungen als Leitlinien für das Gesundheitssystem:

- Die Behandlung mit GnRH-Analoga, geschlechtsbestätigenden Hormonen und Mastektomie kann in Ausnahmefällen durchgeführt werden.

Die Versorgung muss auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und bewährter Erfahrungen sowie nach dem Grundsatz erfolgen, Gutes zu tun und keinen Schaden anzurichten. Bei der Überarbeitung seiner Empfehlungen hat der Nationale Gesundheits- und Sozialausschuss berücksichtigt, dass die Wirksamkeit und Sicherheit, der Nutzen und die Risiken der Behandlungen nicht nachgewiesen sind [2] und dass drei Faktoren das Verhältnis zwischen Nutzen und Risiko in eine negative Richtung verschoben haben:

- Die Unsicherheit aufgrund der Unklarheit über die Ursachen, dass die Zahl der mit Geschlechtsdysphorie diagnostizierten Personen seit der Veröffentlichung der Leitlinien im Jahr 2015 weiter gestiegen ist, insbesondere in der Altersgruppe der 13- bis 17-Jährigen und vor allem bei Personen, deren bei der Geburt registriertes Geschlecht weiblich ist. 4
- Die dokumentierte Prävalenz von medizinischer Detransition bei jungen Erwachsenen, d. h. dem Prozess, bei dem eine Person aus irgendeinem Grund die geschlechtsbejahende medizinische Behandlung abbricht oder versucht, die medizinischen Auswirkungen einer abgeschlossenen geschlechtsbejahenden Behandlung rückgängig zu machen [3, 4]. Laut SBU ist es nicht möglich zu beurteilen, wie häufig es vorkommt, dass junge Menschen später ihre Wahrnehmung ihrer Geschlechtsidentität ändern oder eine geschlechtsbejahende Behandlung abbrechen [2].
- Das Erfahrungswissen der beteiligten Experten ist weniger einheitlich als noch im Jahr 2015.

In Bezug auf den Grundsatz der Gerechtigkeit enthält die Stellungnahme eine recht ausführliche Erörterung der Bedeutung des gleichberechtigten Zugangs zu medizinisch notwendiger Versorgung (vgl. Daniels 2008) . Allerdings gewähren die europäischen Gesundheitssysteme im Allgemeinen kein Recht auf medizinische Versorgung, die nicht ausreichend evidenzbasiert ist. Denn solche Behandlungen gelten nicht als medizinisch notwendig: Ein medizinischer Bedarf kann nur für Behandlungen bestehen, die tatsächlich wirksam sind, um eine Erkrankung zu heilen, Leiden zu lindern usw. Die Forderung nach einem gerechten Zugang zu medizinischen Geschlechtsbehandlungen setzt daher die Wirksamkeit dieser Behandlungen voraus, die, wie wir gesehen haben, fraglich ist.

Dies führt schließlich zur Erörterung des Grundsatzes der Achtung der Autonomie in der Stellungnahme. Hier kann die Diskussion recht kurz ausfallen, da oben im Zusammenhang mit PS und dem Recht auf eine offene Zukunft bereits viel gesagt wurde. Eine Stärke der Analyse ist die Betonung der Bedeutung der Entscheidung eines Minderjährigen, einen medizinischen Behandlungsweg einzuschlagen (). Ebenso wird zutreffend festgestellt, dass Minderjährige das Recht haben, an gemeinsamen Entscheidungen mitzuwirken. Und in der Tat sollten erfahrene Kliniker ihr Bestes tun, um Minderjährige in diesem Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung zu unterstützen und so eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen.

Doch trotz all dieser wertvollen Beobachtungen ist, wie oben in Abschnitt (2) ausführlich erörtert, die Vorstellung, dass PS eine reversible medizinische Intervention ist, die es dem Minderjährigen ermöglicht, zu reifen, bis er offensichtlich entscheidungsfähig ist, unbegründet. Das bedeutet, dass die Einleitung von PS nicht mit der starken Aussage der Stellungnahme vereinbar ist, dass nur Minderjährige selbst eine informierte Einwilligung zur Einleitung einer medizinischen Behandlung geben sollten, und nicht ihre Eltern oder andere Bevollmächtigte. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das starke Bekenntnis der Stellungnahme zu einer echten informierten Einwilligung durch den Minderjährigen direkt unvereinbar mit PS zu sein scheint, insbesondere wenn PS im Tanner-Stadium 2 begonnen wird.

Schließlich könnte die ausführliche Erörterung von Autonomie und Selbstbestimmung in der Stellungnahme, die deutlich mehr Seiten einnimmt als die anderen medizinisch-ethischen Grundsätze, zu dem Missverständnis führen, dass dies der wichtigste Grundsatz sei. Zwar sollte betont werden, dass dies nicht der Ansatz ist, den die Stellungnahme vertritt, doch wird die Achtung der Autonomie manchmal herangezogen, um die Einleitung einer Behandlung zu rechtfertigen oder ein Recht auf die bevorzugte Behandlung zu begründen . Dies ist ein Irrtum, da die Achtung der Autonomie in erster Linie das Recht beinhaltet, angemessen über Risiken und Vorteile informiert zu

werden und einer Behandlung zuzustimmen oder sie abzulehnen, die eine vorherige medizinische Indikation hat (d. h. ein wissenschaftlich nachgewiesenes günstiges Risiko-Nutzen-Profil aufweist (vgl. Gorin 2024)). Die Autonomie des Patienten garantiert nicht das Recht des Patienten auf medizinische Eingriffe, die mehr Schaden als Nutzen bringen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die medizinethische Analyse der Stellungnahme verschiedene stichhaltige und wichtige Punkte aufwirft. Dennoch ist ihre zentrale These, dass derzeit eine ausreichende ethische Rechtfertigung für PS und CSH bei Minderjährigen mit GD gegeben ist, unbegründet. Insbesondere die Grundsätze der Wohltätigkeit und der Nichtschädigung erfordern, dass PS und CSH ein positives Risiko-Nutzen-Profil aufweisen, für das es keine ausreichenden qualitativ hochwertigen Belege gibt.

6 Abschließende Diskussion

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das zentrale Argument der Stellungnahme unzureichend ist: Es wurde nicht nachgewiesen, dass die Pubertätsunterdrückung (PS) eine psychologisch reversible Intervention ist, im Gegenteil, es gibt alarmierende Hinweise auf einen Lock-in-Effekt; daher kann PS das Recht eines Minderjährigen auf eine offene Zukunft nicht gewährleisten. Das heißt, PS kann die Pubertätsentwicklung nicht aufhalten und gleichzeitig Kindern eine weitere Reifung bis zu einem Punkt ermöglichen, an dem sie die Fähigkeit und noch eine sinnvolle Wahl haben, entweder den medizinischen Behandlungsweg abzubrechen oder mit geschlechtsübergreifenden Hormonen fortzufahren. Vielmehr ist es fast 100 % wahrscheinlich, dass Kinder, die einmal Pubertätsblocker erhalten haben, mit der medizinischen Transition fortfahren und zu lebenslangen medizinischen Patienten werden.

Eine zweite wichtige und besorgniserregende Erkenntnis dieses Kommentars ist, dass die Darstellung und Erörterung der verschiedenen Risiken und schädlichen Nebenwirkungen der Pubertätsunterdrückung und der geschlechtsangleichenden Hormone in der Stellungnahme während der gesamten Analyse oft unvollständig, unzureichend ausgewogen und manchmal sogar falsch ist.

Drittens mangelt es der medizinisch-ethischen Analyse an einer echten Auseinandersetzung mit den Gesamtrisiken und -schäden im Verhältnis zu den potenziellen Vorteilen und einer ethischen Bewertung derselben. Folglich erscheint die Empfehlung der Stellungnahme, solche Behandlungen anzubieten, selbst wenn dies auf individueller Basis geschieht, unbegründet.

Diese festgestellten Mängel sind bedauerlich, da die Behandlung von GD, sei sie medizinischer oder nichtmedizinischer Natur, mit ethischen Fragen und Dilemmata behaftet ist. Es ist daher zu

empfehlen, die ethische Diskussion unter Schweizer Fachleuten und in der Gesellschaft insgesamt durch die breitere ethische Reflexion in der Literatur zu bereichern.¹⁰ In dieser Hinsicht ist es bemerkenswert, dass in der Stellungnahme kein Verweis auf die sehr umfangreiche und gründliche Cass-Studie (Cheung et al. 2024) zu finden ist, obwohl beide Seiten der Debatte die Notwendigkeit verspürt haben, sich mit dieser Studie auseinanderzusetzen. Angesichts der Bedeutung dieser Studie ist es sehr empfehlenswert, sie auch in die Überlegungen und Diskussionen in der Schweiz einzubeziehen. Ähnliche Überlegungen gelten für den jüngsten Aufruf zur Vorsicht der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ESCAP) (Drobnič Radobuljac et al. 2024) .

Eine abschließende Bemerkung betrifft die Notwendigkeit von mehr und besserer Forschung. In seiner Analyse räumt der Gutachten offen die Schwäche der wissenschaftlichen Evidenz ein. Dies ist völlig angemessen. Die Verwendung von Pubertätsblockern ist „off-label“ und sollte daher der zentralen Anforderung unterliegen, dass eine begründete Erwartung eines Nutzens bestehen muss (Smeehuijzen und Smids 2024) . Während niederländische Ärzte im Jahr 2006 positive Ergebnisse feststellten und diese zur Förderung dieser „Off-Label“-Praxis nutzten, verfügen wir heute über Daten aus über 30 Jahren, die fast einem Dutzend systematischer Überprüfungen unterzogen wurden, in denen festgestellt wurde, dass die Beobachtung von Vorteilen aufgrund begrenzter Studiendesigns nicht vertrauenswürdig ist (Abbruzzese, Levine und Mason 2023) .¹¹

In der Stellungnahme heißt es in Empfehlung 2a: „Bestehende Forschungslücken sollten identifiziert und geschlossen werden“ (S. 28). Diese Empfehlung ist eindeutig zu begrüßen.

¹⁰ Es gibt mehrere ethische Abhandlungen auf beiden Seiten der Debatte, die in der Stellungnahme offenbar noch nicht berücksichtigt wurden (Lemma und Savulescu 2021; Gorin 2024; Wenner und George, o. J.; Jorgensen, Athéa und Masson 2024; Baron und Dierckxsens 2022b; Ashley 2021; Baron und Dierckxsens 2022a; Lieke Josephina Jeanne Johanna Vrouwenraets et al. 2015; D’Angelo 2023; Gorin, Smids und Lantos 2025; Giordano und Holm 2020; Ashley 2023)

¹¹ Wenn jemand, der sich für die Debatte interessiert, aber noch nicht sehr vertraut damit ist, einen Artikel lesen sollte, dann sollte es dieser sein. Er argumentiert überzeugend, dass die beiden niederländischen Studien „und „“, die den Grundstein für die Evidenz in der pädiatrischen Geschlechtsmedizin bilden, schwerwiegende Mängel aufweisen.

Zitierte Literatur

- Abbruzzese, E., Stephen B. Levine, and Julia W. Mason. 2023. 'The Myth of "Reliable Research" in Pediatric Gender Medicine: A Critical Evaluation of the Dutch Studies—and Research That Has Followed'. *Journal of Sex & Marital Therapy* 49 (6): 673–99. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2150346>.
- Aitken, Madison, Thomas D. Steensma, Ray Blanchard, Doug P. VanderLaan, Hayley Wood, Amanda Fuentes, Cathy Spegg, et al. 2015. 'Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria'. *The Journal of Sexual Medicine* 12 (3): 756–63. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>.
- Arnoldussen, Marijn, Evelien C Hooijman, Baudewijntje PC Kreukels, and Annelou LC de Vries. 2022. 'Association between Pre-Treatment IQ and Educational Achievement after Gender-Affirming Treatment Including Puberty Suppression in Transgender Adolescents'. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, May, 13591045221091652. <https://doi.org/10.1177/13591045221091652>.
- Arnoldussen, Marijn, Frédérique B. B. de Rooy, Annelou L. C. de Vries, Anna I. R. van der Miesen, Arne Popma, and Thomas D. Steensma. 2022. 'Demographics and Gender-Related Measures in Younger and Older Adolescents Presenting to a Gender Service'. *European Child & Adolescent Psychiatry*, November. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02082-8>.
- Ashley, Florence. 2020. 'A Critical Commentary on "Rapid-Onset Gender Dysphoria"'. *The Sociological Review* 68 (4): 779–99. <https://doi.org/10.1177/0038026120934693>.
- . 2021. 'Flawed Reasoning on Two Dilemmas: A Commentary on Baron and Dierckxsens (2021)'. *Journal of Medical Ethics*, August. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107647>.
- . 2022. 'Interrogating Gender-Exploratory Therapy'. *Perspectives on Psychological Science*, September, 17456916221102325. <https://doi.org/10.1177/17456916221102325>.
- . 2023. 'Youth Should Decide: The Principle of Subsidiarity in Paediatric Transgender Healthcare'. *Journal of Medical Ethics* 49 (2): 110–14. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107820>.
- Baker, Kellan E, Lisa M Wilson, Ritu Sharma, Vadim Dukhanin, Kristen McArthur, and Karen A Robinson. 2021. 'Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life Among Transgender People: A Systematic Review'. *Journal of the Endocrine Society* 5 (4): bvab011. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011>.
- Barnes, Hannah. 2023. *Time to Think: The Inside Story of the Collapse of the Tavistock's Gender Service for Children*.
- Baron, Teresa, and Geoffrey Dierckxsens. 2022a. 'Defending Two Dilemmas'. *Journal of Medical Ethics* 48 (9): 639–40. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107856>.
- . 2022b. 'Two Dilemmas for Medical Ethics in the Treatment of Gender Dysphoria in Youth'. *Journal of Medical Ethics* 48 (9): 603–7. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107260>.
- Bauer, Greta R., Margaret L. Lawson, and Daniel L. Metzger. 2021. 'Do Clinical Data from Transgender Adolescents Support the Phenomenon of "Rapid Onset Gender Dysphoria"?'. *The Journal of Pediatrics* 0 (0). <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020>.
- Baxendale, Sallie. 2024. 'The Impact of Suppressing Puberty on Neuropsychological Function: A Review'. *Acta Paediatrica*, February, apa.17150. <https://doi.org/10.1111/apa.17150>.
- Beauchamp, Tom L., and James F. Childress. 2019. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th edition. New York: Oxford University Press.
- Bechard, Melanie, Doug P. VanderLaan, Hayley Wood, Lori Wasserman, and Kenneth J. Zucker. 2017. 'Psychosocial and Psychological Vulnerability in Adolescents with Gender Dysphoria: A "Proof of Principle" Study'. *Journal of Sex & Marital Therapy* 43 (7): 678–88. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1232325>.
- Biggs, Michael. 2023. 'The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence'. *Journal of Sex & Marital Therapy* 49 (4): 348–68. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2121238>.

- Blok, Christel JM de, Chantal M. Wiepjes, Daan M. van Velzen, Annemieke S. Staphorsius, Nienke M. Nota, Louis JG Gooren, Baudewijntje PC Kreukels, and Martin den Heijer. 2021. 'Mortality Trends over Five Decades in Adult Transgender People Receiving Hormone Treatment: A Report from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria'. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 9 (10): 663–70. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(21\)00185-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00185-6).
- Bradley, Susan Jane. 2022. 'Understanding Vulnerability in Girls and Young Women with High-Functioning Autism Spectrum Disorder'. *Women* 2 (1): 64–67. <https://doi.org/10.3390/women2010007>.
- Brik, Tessa, Lieke J. J. Vrouenraets, Sebastian E. E. Schagen, Andreas Meissner, Martine C. de Vries, and Sabine E. Hannema. 2019. 'Use of Fertility Preservation Among a Cohort of Transgirls in the Netherlands'. *Journal of Adolescent Health* 64 (5): 589–93. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.008>.
- Brik, Tessa, Lieke J. J. Vrouenraets, Martine C. de Vries, and Sabine E. Hannema. 2020. 'Trajectories of Adolescents Treated with Gonadotropin-Releasing Hormone Analogues for Gender Dysphoria'. *Archives of Sexual Behavior* 49 (7): 2611–18. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>.
- Bustos, Valeria P., Samyd S. Bustos, Andres Mascaro, Gabriel Del Corral, Antonio J. Forte, Pedro Ciudad, Esther A. Kim, Howard N. Langstein, and Oscar J. Manrique. 2021. 'Regret after Gender-Affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence'. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open* 9 (3): e3477. <https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000003477>.
- Byrne, Alex. 2024. 'Another Myth of Persistence?' *Archives of Sexual Behavior* 53 (10): 3705–9. <https://doi.org/10.1007/s10508-024-03005-1>.
- Carmichael, Polly, Gary Butler, Una Masic, Tim J. Cole, Bianca L. De Stavola, Sarah Davidson, Elin M. Skageberg, Sophie Khadr, and Russell M. Viner. 2021. 'Short-Term Outcomes of Pubertal Suppression in a Selected Cohort of 12 to 15 Year Old Young People with Persistent Gender Dysphoria in the UK'. *PLOS ONE* 16 (2): e0243894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>.
- Cass, Hillary. 2022. 'Interim Report – Cass Review'. 2022. <https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/>.
- Cass Review. 2024. 'Final Report – Cass Review'. 2024. <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>.
- Chen, Diane, John F. Strang, Victoria D. Kolbuck, Stephen M. Rosenthal, Kim Wallen, Deborah P. Waber, Laurence Steinberg, et al. 2020. 'Consensus Parameter: Research Methodologies to Evaluate Neurodevelopmental Effects of Pubertal Suppression in Transgender Youth'. *Transgender Health* 5 (4): 246–57. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0006>.
- Cheung, C. Ronny, Evgenia Abbruzzese, Elaine Lockhart, Ian K. Maconochie, and Camilla C. Kingdon. 2024. 'Gender Medicine and the Cass Review: Why Medicine and the Law Make Poor Bedfellows'. *Archives of Disease in Childhood*, October. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2024-327994>.
- Churcher Clarke, Anna, and Anastassis Spiliadis. 2019. "'Taking the Lid off the Box": The Value of Extended Clinical Assessment for Adolescents Presenting with Gender Identity Difficulties'. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 24 (2): 338–52. <https://doi.org/10.1177/1359104518825288>.
- Cohen-Kettenis, P. T., and S. H. M. van Goozen. 1998. 'Pubertal Delay as an Aid in Diagnosis and Treatment of a Transsexual Adolescent'. *European Child & Adolescent Psychiatry* 7 (4): 246–48. <https://doi.org/10.1007/s007870050073>.
- Cohn, J. 2023. 'The Detransition Rate Is Unknown'. *Archives of Sexual Behavior*, June. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02623-5>.
- Coleman, E., A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, et al. 2022. 'Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version

- 8'. *International Journal of Transgender Health* 23 (sup1): S1–259.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>.
- D'Angelo, Roberto. 2023. 'Supporting Autonomy in Young People with Gender Dysphoria: Psychotherapy Is Not Conversion Therapy'. *Journal of Medical Ethics*, November.
<https://doi.org/10.1136/jme-2023-109282>.
- D'Angelo, Roberto, Ema Syrulnik, Sasha Ayad, Lisa Marchiano, Dianna Theadora Kenny, and Patrick Clarke. 2021. 'One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria'. *Archives of Sexual Behavior* 50 (1): 7–16. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>.
- Daniels, Norman. 2008. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. 1st edition. Cambridge ; New York: Cambridge University Press.
- De Vries, Annelou L.C. 2020. 'Challenges in Timing Puberty Suppression for Gender-Nonconforming Adolescents'. *Pediatrics* 146 (4): e2020010611. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-010611>.
- Delemarre-van de Waal, Henriette A, and Peggy T Cohen-Kettenis. 2006. 'Clinical Management of Gender Identity Disorder in Adolescents: A Protocol on Psychological and Paediatric Endocrinology aspects This Paper Was Presented at the 4th Ferring Pharmaceuticals International Paediatric Endocrinology Symposium, Paris (2006). Ferring Pharmaceuticals Has Supported the Publication of These Proceedings.' *European Journal of Endocrinology* 155 (Supplement_1): S131–37. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>.
- Dettori, Joseph R. 2011. 'Loss to Follow-Up'. *Evidence-Based Spine-Care Journal* 2 (1): 7–10.
<https://doi.org/10.1055/s-0030-1267080>.
- Dominoni, Mattia, Annachiara Licia Scatigno, Marianna Francesca Pasquali, Carola Bergante, Fulvio Gariboldi, and Barbara Gardella. 2025. 'Pelvic Floor and Sexual Dysfunctions after Genital Gender-Affirming Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis'. *Journal of Sexual Medicine* 22 (1): 184–95. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae146>.
- Drobníč Radobuljac, Maja, Urh Grošelj, Riittakerttu Kaltiala, Maja Drobníč Radobuljac, Robert Vermeiren, Dimitris Anagnostopoulos, Füsün Çuhadaroglu Çetin, et al. 2024. 'ESCAP Statement on the Care for Children and Adolescents with Gender Dysphoria: An Urgent Need for Safeguarding Clinical, Scientific, and Ethical Standards'. *European Child & Adolescent Psychiatry*, April. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02440-8>.
- Expósito-Campos, Pablo, and Roberto D'Angelo. 2021. 'Letter to the Editor: Regret after Gender-Affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence'. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open* 9 (11): e3951.
<https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003951>.
- Giordano, Simona, and Søren Holm. 2020. 'Is Puberty Delaying Treatment “Experimental Treatment”?' *International Journal of Transgender Health* 21 (2): 113–21.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1747768>.
- Goodman, Colin, and Timothy Houk. 2022. 'Misapplying Autonomy: Why Patient Wishes Cannot Settle Treatment Decisions'. *Theoretical Medicine and Bioethics* 43 (5): 289–305.
<https://doi.org/10.1007/s11017-022-09593-0>.
- Gorin, Moti. 2024. 'What Is the Aim of PEDIATRIC “Gender-Affirming” Care?' *Hastings Center Report* 54 (3): 35–50. <https://doi.org/10.1002/hast.1583>.
- Gorin, Moti, Jilles Smids, and John Lantos. 2025. 'Toward Evidence-Based and Ethical Pediatric Gender Medicine'. *JAMA*, January. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.28203>.
- Hall, R., L. Mitchell, and J. Sachdeva. 2021. 'Access to Care and Frequency of Detransition among a Cohort Discharged by a UK National Adult Gender Identity Clinic: Retrospective Case-Note Review'. *BJPsych Open* 7 (6). <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>.
- Jorgensen, Sarah C. J. 2023. 'Transition Regret and Detransition: Meanings and Uncertainties'. *Archives of Sexual Behavior*, June. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02626-2>.
- Jorgensen, Sarah C. J., Nicole Athéa, and Céline Masson. 2024. 'Puberty Suppression for Pediatric Gender Dysphoria and the Child's Right to an Open Future'. *Archives of Sexual Behavior* 53 (5): 1941–56. <https://doi.org/10.1007/s10508-024-02850-4>.

- Kaltiala-Heino, Riittakerttu, Hannah Bergman, Marja Työläjärvi, and Louise Frisé. 2018. 'Gender Dysphoria in Adolescence: Current Perspectives'. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 9 (March):31–41. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432>.
- Kaltiala-Heino, Riittakerttu, Maria Sumia, Marja Työläjärvi, and Nina Lindberg. 2015. '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* 9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>.
- Korte, Alexander, David Goecker, Heiko Krude, Ulrike Lehmkuhl, Annette Grüters-Kieslich, and Klaus Michael Beier. 2008. 'Gender Identity Disorders in Childhood and Adolescence'. *Deutsches Ärzteblatt International* 105 (48): 834–41. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0834>.
- Lemma, Alessandra. 2018. 'Trans-Itory Identities: Some Psychoanalytic Reflections on Transgender Identities'. *The International Journal of Psychoanalysis* 99 (5): 1089–1106. <https://doi.org/10.1080/00207578.2018.1489710>.
- Lemma, Alessandra, and Julian Savulescu. 2021. 'To Be, or Not to Be? The Role of the Unconscious in Transgender Transitioning: Identity, Autonomy and Well-Being'. *Journal of Medical Ethics*, July, medethics-2021-107397. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107397>.
- Leonhardt, André, Martin Fuchs, Manuela Gander, and Kathrin Sevecke. 2024. 'Gender Dysphoria in Adolescence: Examining the Rapid-Onset Hypothesis'. *Neuropsychiatrie*, July. <https://doi.org/10.1007/s40211-024-00500-8>.
- Levine, Stephen B., E. Abbruzzese, and Julia M. Mason. 2022. 'Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents, and Young Adults'. *Journal of Sex & Marital Therapy* 0 (0): 1–22. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2046221>.
- Littman, Lisa. 2018. 'Parent Reports of Adolescents and Young Adults Perceived to Show Signs of a Rapid Onset of Gender Dysphoria'. *PLOS ONE* 13 (8): e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>.
- Ludvigsson, Jonas F., Jan Adolfsson, Malin Höistad, Per-Anders Rydelius, Berit Kriström, and Mikael Landén. 2023. 'A Systematic Review of Hormone Treatment for Children with Gender Dysphoria and Recommendations for Research'. *Acta Paediatrica* 112 (11): 2279–92. <https://doi.org/10.1111/apa.16791>.
- Meulen, Isabelle S van der, Sara L Bungener, Anna I R van der Miesen, Sabine E Hannema, Baudewijntje P C Kreukels, Thomas D Steensma, Mark-Bram Bouman, and Annelou L C de Vries. 2024. 'Timing of Puberty Suppression in Transgender Adolescents and Sexual Functioning after Vaginoplasty'. *The Journal of Sexual Medicine*, November, qdae152. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae152>.
- Negenborn, Vera L., Wouter B. van der Sluis, Wilhelmus J. H. J. Meijerink, and Mark-Bram Bouman. 2017. 'Lethal Necrotizing Cellulitis Caused by ESBL-Producing E. Coli after Laparoscopic Intestinal Vaginoplasty'. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 30 (1): e19–21. <https://doi.org/10.1016/j.jpbg.2016.09.005>.
- NICE. 2020. 'Nice Evidence Reviews – Cass Review'. <https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/>.
- Nobili, Anna, Cris Glazebrook, and Jon Arcelus. 2018. 'Quality of Life of Treatment-Seeking Transgender Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis'. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders* 19 (3): 199–220. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y>.
- Nokoff, Natalie J, Sharon L Scarbro, Kerrie L Moreau, Philip Zeitler, Kristen J Nadeau, Elizabeth Juarez-Colunga, and Megan M Kelsey. 2020. 'Body Composition and Markers of Cardiometabolic Health in Transgender Youth Compared With Cisgender Youth'. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 105 (3): e704–14. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgz029>.
- Rooy, Frédérique B. B. de, Marijn Arnoldussen, Anna I. R. van der Miesen, Thomas D. Steensma, Baudewijntje P. C. Kreukels, Arne Popma, and Annelou L. C. de Vries. 2024. 'Mental Health Evaluation of Younger and Older Adolescents Referred to the Center of Expertise on Gender Dysphoria in Amsterdam, The Netherlands'. *Archives of Sexual Behavior*, July. <https://doi.org/10.1007/s10508-024-02940-3>.

- Ruuska, Sami-Matti, Katinka Tuisku, Timo Holttinen, and Riittakerttu Kaltiala. 2024. 'All-Cause and Suicide Mortalities among Adolescents and Young Adults Who Contacted Specialised Gender Identity Services in Finland in 1996–2019: A Register Study'. *BMJ Ment Health* 27 (1). <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300940>.
- Silva, Lyvia Maria Bezerra da, Silvana Neves Dias Freire, Eduarda Moretti, and Leila Barbosa. 2024. 'Pelvic Floor Dysfunction in Transgender Men on Gender-Affirming Hormone Therapy: A Descriptive Cross-Sectional Study'. *International Urogynecology Journal*, April. <https://doi.org/10.1007/s00192-024-05779-3>.
- Smeehuijzen, J. L., and J. Smids. 2024. 'Toediening van puberteitsremmers aan minderjarigen met genderdysforie en de Geneesmiddelen-wet'. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 48 (6): 517–30. <https://doi.org/10.5553/TvGR/016508742024048006003>.
- Smids, Jilles, and Patrik Vankrunkelsven. 2023. '[Uncertainties around the current gender care: five problems with the clinical lesson 'Youth with gender incongruence']'. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde* 167 (November):D7941.
- Spiliadis, Anastassis. 2019. 'Towards a Gender Exploratory Model: Slowing Things down, Opening Things up and Exploring Identity Development'. *Metalogos Systemic Therapy Journal* 35:1–9.
- Staphorsius, Annemieke S., Baudewijntje P. C. Kreukels, Peggy T. Cohen-Kettenis, Dick J. Veltman, Sarah M. Burke, Sebastian E. E. Schagen, Femke M. Wouters, Henriëtte A. Delemarre-van de Waal, and Julie Bakker. 2015. 'Puberty Suppression and Executive Functioning: An fMRI-Study in Adolescents with Gender Dysphoria'. *Psychoneuroendocrinology* 56 (June):190–99. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.03.007>.
- Steensma, Thomas D., S. Annelijn Wensing-Kruger, and Daniel T. Klink. 2017. 'How Should Physicians Help Gender-Transitioning Adolescents Consider Potential Iatrogenic Harms of Hormone Therapy?' *AMA Journal of Ethics* 19 (8): 762–70. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.8.ecas3-1708>.
- Stolk, T. H. R., J. D. Asseler, J. A. F. Huirne, E. van den Boogaard, and N. M. van Mello. 2023. 'Desire for Children and Fertility Preservation in Transgender and Gender-Diverse People: A Systematic Review'. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 87 (March):102312. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2023.102312>.
- Taylor, Jo, Ruth Hall, Claire Heathcote, Catherine Elizabeth Hewitt, Trilby Langton, and Lorna Fraser. 2024. 'Clinical Guidelines for Children and Adolescents Experiencing Gender Dysphoria or Incongruence: A Systematic Review of Guideline Quality (Part 1)'. *Archives of Disease in Childhood* 109 (Suppl 2): s65–72. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326499>.
- Taylor, Jo, Alex Mitchell, Ruth Hall, Claire Heathcote, Trilby Langton, Lorna Fraser, and Catherine Elizabeth Hewitt. 2024. 'Interventions to Suppress Puberty in Adolescents Experiencing Gender Dysphoria or Incongruence: A Systematic Review'. *Archives of Disease in Childhood*, April. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326669>.
- Taylor, Jo, Alex Mitchell, Ruth Hall, Trilby Langton, Lorna Fraser, and Catherine Elizabeth Hewitt. 2024. 'Masculinising and Feminising Hormone Interventions for Adolescents Experiencing Gender Dysphoria or Incongruence: A Systematic Review'. *Archives of Disease in Childhood*, April. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326670>.
- Tordoff, Diana M., Mitchell R. Lunn, Annesa Flentje, Diana Atashroo, Bertha Chen, Zubin Dastur, Micah E. Lubensky, Matthew Capriotti, and Juno Obedin-Maliver. n.d. 'Chronic Pelvic Pain among Transgender Men and Gender Diverse Adults Assigned Female at Birth'. *Andrology* n/a (n/a). Accessed 1 August 2024. <https://doi.org/10.1111/andr.13703>.
- Varkey, Basil. 2021. 'Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice'. *Medical Principles and Practice* 30 (1): 17–28. <https://doi.org/10.1159/000509119>.
- Vries, Annelou L. C. de, and Peggy T. Cohen-Kettenis. 2012. 'Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach'. *Journal of Homosexuality* 59 (3): 301–20. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>.
- Vries, Annelou L. C. de, Christina Richards, Amy C. Tishelman, Joz Motmans, Sabine E. Hannema, Jamison Green, and Stephen M. Rosenthal. 2021. 'Bell v Tavistock and Portman NHS

- Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing Current Knowledge and Uncertainties in Decisions about Gender-Related Treatment for Transgender Adolescents'. *International Journal of Transgender Health* 22 (3): 217–24.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1904330>.
- Vries, Annelou L. C. de, Thomas D. Steensma, Theo A. H. Doreleijers, and Peggy T. Cohen-Kettenis. 2011. 'Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study'. *The Journal of Sexual Medicine* 8 (8): 2276–83.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>.
- Vries, Annelou L.C. de, Jenifer K. McGuire, Thomas D. Steensma, Eva C.F. Wagenaar, Theo A.H. Doreleijers, and Peggy T. Cohen-Kettenis. 2014. 'Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment'. *Pediatrics* 134 (4): 696–704.
<https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>.
- Vrouenraets, Lieke J.J.J., Martine C. de Vries, Irma M. Hein, Marijn Arnoldussen, Sabine E. Hannema, and Annelou L.C. de Vries. 2022. 'Perceptions on the Function of Puberty Suppression of Transgender Adolescents Who Continued or Discontinued Treatment, Their Parents, and Clinicians'. *International Journal of Transgender Health* 23 (4): 428–41.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1974324>.
- Vrouenraets, Lieke Josephina Jeanne Johanna, A. Miranda Fredriks, Sabine E. Hannema, Peggy T. Cohen-Kettenis, and Martine C. de Vries. 2015. 'Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study'. *Journal of Adolescent Health* 57 (4): 367–73. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.004>.
- Wenner, Danielle M., and B. R. George. n.d. 'Not Just a Tragic Compromise: The Positive Case for Adolescent Access to Puberty-Blocking Treatment'. *Bioethics* n/a (n/a). Accessed 18 October 2021. <https://doi.org/10.1111/bioe.12929>.
- Wiepjes, Chantal M., Nienke M. Nota, Christel J. M. de Blok, Maartje Klaver, Annelou L. C. de Vries, S. Annelijn Wensing-Kruger, Renate T. de Jongh, et al. 2018. 'The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets'. *The Journal of Sexual Medicine* 15 (4): 582–90. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>.
- Women's Voices [@WomenReadWomen]. 2022. '@chasestrangio "Every Single Child Who Was Truly Blocked at Tanner Stage 2 (9 - 11 Years Old) Has Never Experienced Orgasm." — Marci Bowers Trans-Identified Male President of WPATH <https://t.co/ZNHORy1aFZ>'. Tweet. *Twitter*.
<https://twitter.com/WomenReadWomen/status/1522604424958713856>.
- Wren, Bernadette. 2000. 'Early Physical Intervention for Young People with Atypical Gender Identity Development'. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 5 (2): 220–31.
<https://doi.org/10.1177/1359104500005002007>.
- Zepf, Florian D., Laura König, Anna Kaiser, Carolin Ligges, Marc Ligges, Veit Roessner, Tobias Banaschewski, and Martin Holtmann. 2024. 'Beyond NICE: Aktualisierte systematische Übersicht zur Evidenzlage der Pubertätsblockade und Hormongabe bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie'. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, February. <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1422-4917/a000972>.
- Zucker, Kenneth J. 2019. 'Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on Some Contemporary Clinical and Research Issues'. *Archives of Sexual Behavior* 48 (7): 1983–92.
<https://doi.org/10.1007/s10508-019-01518-8>.
- Zwickl, Sav, Laura Burchill, Alex Fang Qi Wong, Shalem Y. Leemaqz, Teddy Cook, Lachlan M. Angus, Kalen Eshin, et al. 2023. 'Pelvic Pain in Transgender People Using Testosterone Therapy'. *LGBT Health* 10 (3): 179–90. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2022.0187>.