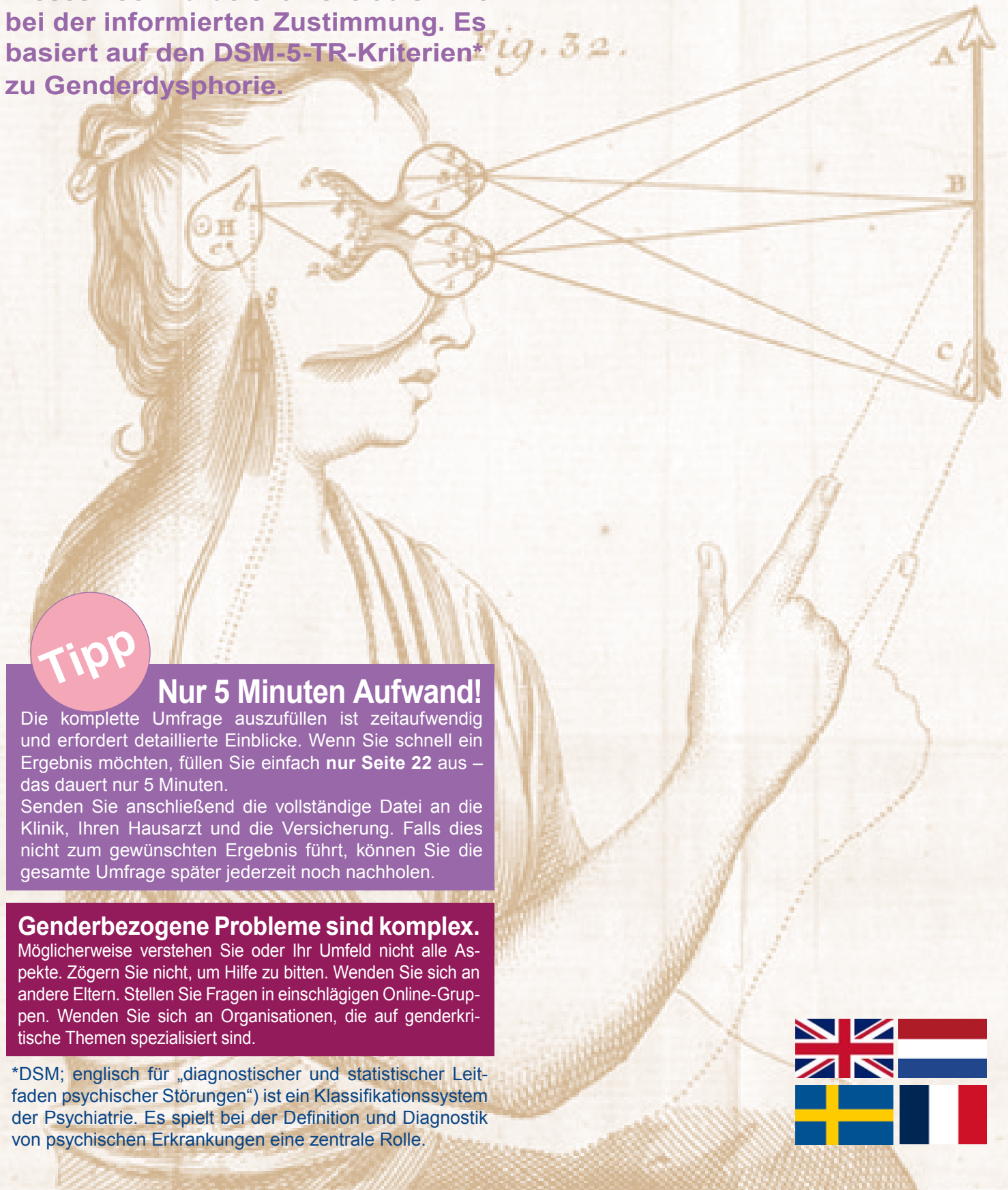


Gender Dysphoria Support Tool: Fragenkataloge für Eltern, Familie und Freunde

Dieses Tool wurde entwickelt als Hilfe bei der informierten Zustimmung. Es basiert auf den **DSM-5-TR-Kriterien*** zu Genderdysphorie.

**SORGE
BERECHTIGT**



Tipp

Nur 5 Minuten Aufwand!

Die komplette Umfrage auszufüllen ist zeitaufwendig und erfordert detaillierte Einblicke. Wenn Sie schnell ein Ergebnis möchten, füllen Sie einfach **nur Seite 22** aus – das dauert nur 5 Minuten.

Senden Sie anschließend die vollständige Datei an die Klinik, Ihren Hausarzt und die Versicherung. Falls dies nicht zum gewünschten Ergebnis führt, können Sie die gesamte Umfrage später jederzeit noch nachholen.

Genderbezogene Probleme sind komplex.

Möglicherweise verstehen Sie oder Ihr Umfeld nicht alle Aspekte. Zögern Sie nicht, um Hilfe zu bitten. Wenden Sie sich an andere Eltern. Stellen Sie Fragen in einschlägigen Online-Gruppen. Wenden Sie sich an Organisationen, die auf genderkritische Themen spezialisiert sind.

*DSM; englisch für „diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“) ist ein Klassifikationssystem der Psychiatrie. Es spielt bei der Definition und Diagnostik von psychischen Erkrankungen eine zentrale Rolle.



Liebe Eltern,

Wir erhalten immer wieder Nachrichten von verzweifelten Eltern, deren Stimmen bei den Untersuchungen ihres Kindes in der Gender-Ambulanz ignoriert wurden. Selbst wenn sie eingeladen wurden, am diagnostischen Prozess teilzunehmen, werden ihre entscheidenden Einsichten regelmäßig zugunsten einer sofortigen Bestätigung abgetan.

Das derzeitige System ist sehr problematisch: Auch wenn Kliniken um elterliche Meinungen bitten, hat die Selbstdeklaration des Kindes in der Regel Vorrang vor jahrelangen Erfahrungen und Beobachtungen während des Familienlebens. Diese Konsultationen sind kaum mehr als administrative Formalitäten – Häkchen für die Versicherungsunterlagen, anstatt eine sinnvolle klinische Untersuchung.

Diese Praxis untergräbt die Qualität der Gesundheitsbehandlung grundlegend. **Eltern und Familienangehörige verfügen über wichtige Kenntnisse, die bei kurzen klinischen Begegnungen meistens nicht erfasst werden können.** Eine meta-analytische Überprüfung von Dowell und Ogles (2010)¹ und eine Meta-Analyse von Sun et al. (2019)² haben gezeigt, dass die Einbeziehung der Eltern in die Behandlung ihrer Kinder einen zusätzlichen Nutzen für die Wirksamkeit der Behandlung darstellt. Eltern verstehen die Muster ihres Kindes, seine Probleme und seine Persönlichkeitsveränderungen. Oft sind sie die Ersten, die zugrunde liegende Probleme bemerken, die zu den Schwierigkeiten des Kindes beitragen könnten. Doch bedauerlicherweise werden diese wesentlichen Erkenntnisse häufig beiseitegeschoben.

Genderbezogene Notlagen entstehen auf vielen Wegen, was bedeutet, dass es genauso viele Lösungen gibt. Wenn Kliniken automatisch der Selbsteinschätzung eines jungen Menschen den Vorrang geben, verpassen sie Gelegenheiten, angemessenere und/oder weniger invasive Ansätze zur Linderung der Not zu erkunden.

Um Familien dabei zu unterstützen, sich für eine gründlich, evidenzbasierte Behandlung einzusetzen, haben wir zwei ergänzende Tools entwickelt:

- 1. Der Fragenkatalog für Familienangehörige und Freunde** – Diese Erhebung sammelt Beobachtungen von Familienmitgliedern und anderen, die Ihr Kind über einen längeren Zeitraum gut gekannt haben. Wenn mehrere Beobachter ähnliche Perspektiven teilen, wird es schwerer sein, ihre kollektiven Erkenntnisse zu ignorieren.
- 2. Die Elternumfrage** – Dieser detaillierte Fragebogen hilft dabei, zugrunde liegende Faktoren zu identifizieren, die untersucht werden sollten, bevor irreversible Eingriffe in Betracht gezogen werden.

Wir empfehlen, diesen Fragenkatalog auszufüllen, unabhängig davon, ob die Familienmitglieder derzeit eine sofortige Transition unterstützen oder nicht. Zusammen ergeben diese Fragenkataloge ein umfassendes Bild, das dazu beitragen kann, sicherzustellen, dass Ihr Kind die sorgfältige, gründliche Untersuchung erhält, die es verdient – eine Untersuchung, die alle beitragenden Faktoren untersucht, anstatt sich vorschnell für eine Medikalisierung zu entscheiden. Wenn mehrere Fragebögen von Familienmitgliedern ausgefüllt wurden, empfehlen wir, diese auszudrucken und dem Behandler Ihres Kindes persönlich zu übergeben. Wir empfehlen außerdem, elektronische Kopien zu senden und sie für zukünftige Referenzen zu speichern. So stellen Sie sicher, dass die Ansichten der Familie nicht einfach ignoriert werden – sie sind nun aktenkundig und können in der Zukunft, falls nötig, herangezogen werden. **Wir empfehlen zudem, die ausgefüllten Fragebögen an Hausärzte und Krankenversicherungen zu senden, um sicherzustellen, dass alle beteiligten Parteien über die verschiedenen Probleme im Zusammenhang mit einer medizinischen Transition informiert sind.**

Die Fragebögen haben auch den zusätzlichen Nutzen, eine Gelegenheit für die erweiterte Familie zu sein, sich auf eine durchdachtere Weise mit diesem Thema auseinanderzusetzen und sie dazu einlädt, eine hilfreiche Präsenz im Leben Ihres verletzlichen Kindes zu bleiben oder zu werden. Besorgte Eltern neigen dazu, das Thema Gender zu meiden, aber das ist nicht immer ein hilfreicher Ansatz. Das Ignorieren des „Elefanten im Raum“ ist eine häufige Reaktion auf psychische Gesundheitsprobleme in der Familie, aber es ist nicht so hilfreich, wie es zunächst scheint. Während die Eltern und der Teenager oder junge Erwachsene erfolgreich Auseinandersetzungen über Trans-Themen vermeiden, entwickelt die junge Person typischerweise eine sorgfältig kultivierte spezielle Persönlichkeit, die die Chance auf eine Verringerung der psychischen Probleme behindern kann.

Bedenken Sie: **Das Hinterfragen des derzeitigen Behandlungs-Ansatzes bedeutet nicht Ablehnung.** Es geht darum, sicherzustellen, dass junge Menschen eine angemessene Behandlung erhalten, die zunächst keinen Schaden anrichtet. Ihr Wissen über Ihr Kind ist wichtig, und diese Fragenkataloge werden Ihnen helfen, sich wirkungsvoll für eine durchdachte, umfassende Bewertung einzusetzen.

Indem Sie zusammenarbeiten und dieser Werkzeuge nutzen, können Sie sicherstellen, dass Ihre Stimme nicht nur gehört wird, sondern dass sie auch zu den Akten gehört wird. Ihre Erkenntnisse sind von unschätzbarem Wert, und das Eintreten für gründliche, evidenzbasierte Behandlung für den weiteren Weg Ihres Kindes von entscheidender Bedeutung.

Mit besten Wünschen,
Stella O'Malley/Genspect
2025

Allgemeine Informationen

- 4 Panik in der Familie
- 4 Verstehen der selbstangegebenen Identität
- 4 Das gender-affirmative Modell
- 4 Wie wird eine Diagnose erstellt?
- 4 Aktuelle klinische Praxis
- 4 Berücksichtigung der Eindrücke der Umgebung

Erklärung zum Fragenkatalog für Familien und Freunde

- 5 Zweck der Fragenkataloge für Familien- und Freunde
- 5 Systematische Dokumentation und klinische Validierung
- 5 Genderkritische Perspektiven sind keine rechtsextremen Ansichten
- 5 Auswirkungen auf die Diagnose

Erklärung zum Fragenkatalog für Eltern

- 6 Klinische Überlegungen zu koexistierenden Gesundheitsproblemen
- 6 Diagnostische Überschattung
- 6 WPATH SOC-8 und das Niederländische Protokoll stehen im Widerspruch zum Cass-Review
- 6 Auswirkungen auf Familiensysteme
- 6 Durchführung der Eltern-Befragung per Fragenkatalog
- 6 Klinische Verantwortung und Elternrechte

Früh und spät einsetzende Genderdysphorie

- 7 Merkmale gemäß DSM-5-TR
- 7 Early Onset Gender Dysphorie (EOGD)
- 7 Late Onset Dysphorie (LOGD)
- 8 Die Unlogik der DSM-5-TR Kriterien für Genderdysphorie

Plötzlich einsetzende Gender Dysphorie (ROGD)

- 9 Merkmale der Rapid Onset Gender Dysphorie (ROGD)
- 9 Die Befragung als Indikator für ROGD
- 9 Der sich wandelnde wissenschaftliche Konsens
- 9 Wichtige Erkenntnisse
- 10 Rapid-Onset Genderdysphoria – Epidemie
- 10 Wertherismus

Die Unwahrheiten der gender-affirmativen Behandlung

- 11 Die 13 Unwahrheiten der gender-affirmativen Behandlung von Teens & Twens – von Dr. S. Levine

Informationsquellen

- 12 Empfehlungen, die es wert sind geprüft zu werden
- 12 Bücher und Literatur zu Gender-Themen
- 12 Bücher zu einer breiteren Perspektive
- 12 Kein Leser? Kein Problem!

Der Fragenkatalog für Familienangehörige und Freunde

- 14 Sechzehn Fragen basierend auf den DSM-5-TR Kriterien
- 15 Fragen zum Hintergrund der Person und zu ihren sozialen Einflüssen
- 16 Zusätzliche Fragen
- 17 Frage zur informierten Zustimmung (in Bezug auf männliche Personen)
- 18 Frage zur informierten Zustimmung (in Bezug auf weibliche Personen)
- 19 Einige persönliche Fragen
- 20 Ergebnis der Befragung von Familienangehörigen und Freunden

Der Fragenkatalog für Eltern

- 22 Mögliche koexistierende Gesundheitsprobleme

Fragen an der Klinik:

- 23 Zusätzliche Fragen für den Spezialisten bezüglich ethischer und medizinischer Verantwortung
- 24 14 wissenschaftliche Fragen
- 25 Eine Diagnose anhand der DSM-5-TR-Kriterien ist eine Momentaufnahme
- Schließlich: Alle Ergebnisse und Fragenkataloge nutzen**
- 26 Einige wichtige Schritte
- 27 Betreten eines rechtlichen Minenfeldes und Elterliche Stellungnahme



Abgabe an die Klinik



Abgabe an die Klinik



Panik in der Familie

Ihr Kind hat Ihnen mitgeteilt, dass es sein Gender/Geschlecht infrage stellt und dass es eine Genderklinik aufsuchen möchte. Wie reagieren Sie auf diese Situation mit der Klinik? Viele Familien werden von diesem Thema überrascht, was zu jahrelangen emotionalen Turbulenzen und Diskussionen führt, die oft mit zunehmendem Druck verbunden sind. Die selbstangegebene Identität einer Person wird von den Familienmitgliedern möglicherweise nicht sofort anerkannt, und selbst wenn dies der Fall ist, bestehen oft begründete Bedenken hinsichtlich irreversibler medizinischer Eingriffe.

Verstehen der selbstangegebenen Identität

Die zentrale Herausforderung in der klinischen Beurteilung besteht darin, dass die subjektiv erlebte Genderidentität nicht durch Biomarker oder andere medizinische Verfahren messbar ist. Entscheidungen im Gesundheitswesen müssen auf objektiven Beweisen und nicht allein auf subjektiven Erfahrungen basieren. Um beobachtbare Muster zu quantifizieren, haben wir eine Befragung entwickelt, die nicht nur an unmittelbare Familienmitglieder richtet, sondern auch für den weiteren Kreis von Menschen gedacht ist, die die Person gut kennen, vorzugsweise seit der Geburt: Freunde, Nachbarn, Lehrer. Die Befragung folgt den Kriterien, die im DSM-5-TR beschrieben sind.

Kliniker verwerfen oft elterliche Beobachtungen mit der Erklärung, das Kind fühle sich nicht sicher, wenn es sich gegenüber seinen Eltern äußere. Dies mag vielleicht in bestimmten Fällen zutreffen, insbesondere in stark konservativen oder religiösen Familien, ist aber weniger glaubwürdig, wenn niemand in der erweiterten Familie oder im sozialen Umfeld jemals Anzeichen bemerkt hat. Ein Cousin, ein Freund aus der Kindheit, ein Nachbar, ein Lehrer, eine Tante oder ein Großelternteil – jemand hätte im Laufe der Jahre wahrscheinlich etwas bemerkt.

Wenn niemand jemals etwas beobachtet hat, ergibt die Geschichte einfach keinen Sinn.

Das gender-affirmative Modell

Ein grundlegendes Prinzip im gender-affirmativen Modell ist, dass die Selbstwahrnehmung der Person im Mittelpunkt der Behandlung steht. Dies stellt ein besorgniserregendes Problem dar: Nicht nur der Wunsch der Person steht im Vordergrund, sondern auch ihre Selbstdiagnose spielt eine entscheidende Rolle bei der Diagnose durch klinische Psychologen oder Psychiater.

Wenn man diese Bedenken mit Freunden und Bekannten bespricht, kann dies schnell zu Diskussionen führen. Ein gängiger Einwand ist, dass die bereitgestellte Behandlung sehr gut sei und von hochqualifizierten Experten durchgeführt werde. Eltern oder Partner, die diesen Prozess infrage stellen, werden oft als zu misstrauisch oder wenig verständnisvoll abgetan. Krankenhäuser kommunizieren an die Presse, dass sie sehr gründliche Diagnosen durchführen, bevor sie bedeutende Schritte unternehmen.

Wie wird eine Diagnose erstellt?

Aus Erfahrung wissen wir inzwischen, dass der diagnostische Prozess anders verläuft als dargestellt. Das Krankenhaus diagnostiziert über eine Methode, die vollständig auf der Selbsteinschätzung der Person basiert. Wir werden das Verfahren in den niederländischen Kliniken beschreiben, da davon ausgegangen wird, dass auch andere Länder einem ähnlichen Ansatz folgen. Sobald eine Person im Krankenhaus aufgenommen wird, folgt eine Befragung. Die Person muss dann einen Brief schreiben, in dem sie ihre Gefühle erklärt. Der Brief bestätigt die Befragung, und umgekehrt. Diese Dokumente gelten als Nachweis für „Genderinkongruenz“. Der Brief und die Befragung verstärken sich gegenseitig, obwohl sie denselben Ursprung haben. **Ein häufig auftretendes zusätzliches Problem ist, dass die Person eindeutig auf ein erlerntes Skript zurückgreift.** Die klickehaften Formulierungen deuten darauf hin, dass die Ideen nicht aus persönlichen Erfahrungen stammen, sondern vielmehr eingepägt oder anerzogen wurden.

Genderinkongruenz ist nicht dasselbe wie Genderdysphorie, obwohl die Begriffe manchmal synonym verwendet werden. Dies kann sehr verwirrend sein. Genderinkongruenz bezeichnet die Diskrepanz zwischen erlebtem Gender und biologischem Geschlecht, während Genderdysphorie klinisch signifikante Belastungen beschreibt, die mit dieser Diskrepanz verbunden sind. Dies ist ein wesentlicher Unterschied. Es ist rätselhaft, wenn Krankenversicherungen eine Behandlung allein basierend auf Inkongruenz decken, ohne dokumentierten Leidensdruck.

Aktuelle klinische Praxis

In den Niederlanden werden heute in der Regel keine umfassenden Differenzialdiagnosen durchgeführt. In den meisten Kliniken wird zwar untersucht, ob eine Person Psychosen, Autismus, Narzissmus oder andere psychische Störungen hat. Diese koexistierenden Gesundheitsprobleme werden im Behandlungsprozess zur Kenntnis genommen und berücksichtigt, jedoch nicht um eine „Genderinkongruenz“-Diagnose zu stellen. Die Frage lautet einfach: Ist die Person ausreichend fit? Dies ist kein differenzieller Ansatz, sondern eher **eine Bewertung der Bereitschaft für eine Intervention.**

Es gibt selten eine Ablehnung aufgrund von Trauma-Geschichte, Mobbing-Erfahrungen, Autismus oder anderen psychischen Gesundheitszuständen, da die Krankenversicherungen den Prozess abdecken (bis auf ggf. eine geringe Zuzahlung). In den Niederlanden erhalten sogar Personen mit geistigen Behinderungen gender-affirmative Behandlung³.

Die Krankenversicherungen vertrauen darauf, dass die bereitgestellte Behandlung angemessen ist. Die Befragung und das Indikationsschreiben erscheinen auf dem Papier gründlich zu sein. Diese Wahrnehmung wurde jedoch in Frage gestellt, als niederländische Eltern mit einer rigorosen systematischen Intervention in Form einer Familienbefragung auftauchten, die etwas ganz anderes enthüllte und die Grenzen der Selbstdiagnose aufdeckte. Diese Befragung basiert auf diesem Ansatz, so dass Sie als betroffene Eltern einen wichtigen Beitrag zu diesem Prozess leisten können.

Berücksichtigung der Eindrücke der Umgebung

Die Gender-Teams behaupten, sich um die Familienharmonie zu kümmern. Da die Akte des Patienten den Eindruck erwecken muss, dass eine breite Perspektive berücksichtigt wird, werden Gespräche mit Eltern, Partnern und anderen direkt beteiligten Parteien durchgeführt.

Wer mit genderkritischer Literatur vertraut ist, wie den Büchern von Abigail Shrier* und Hannah Barnes* und den Zeugenaussagen von Jamie Reed, der Whistleblowerin, weiß, dass die Realität komplexer ist: Eltern werden formell eingeladen, ihre Perspektive zu teilen. Der Betreuer nickt oft höflich, notiert die Eindrücke der Familie und versichert beruhigend, dass er sie versteht. Während viele Eltern der Selbstdiagnose ihres Kindes widersprechen, können sich einige den Gedanken ihres Kindes anschließen, andere bleiben kritisch.

In nachfolgenden Gesprächen werden die Bedenken der Familie zwar zur Kenntnis genommen, aber die Diagnose gilt jedoch weiterhin als gesichert, und der Behandlungsprozess wird in der Regel wie geplant fortgesetzt. Die Eindrücke der Familie werden notiert, beeinflussen jedoch selten die endgültige Entscheidung. Vielmehr könnten ihre Bedenken dazu verwendet werden, die Forschung auf dem Papier gründlicher erscheinen zu lassen, um die Anforderungen der Krankenkasse zu erfüllen. Eltern, die trotz Bedenken ihr Einverständnis geben, erkennen die Folgen oft erst später. Ein bemerkenswertes Beispiel für diese Dynamik wurde in Clementine Breens Interview mit Billboard Chris im Oktober 2024 deutlich.⁴

³ Genderpoli / They and Them (Nov 2023). Niederländische Dokumentation <https://www.npodoc.nl/documentaires/2023/11/genderpoli-they-and-them.html>

⁴ Clementine Breen im Interview mit Billboard Chris (Okt 2024) <https://www.youtube.com/watch?v=W3tffjuKLTy>

*Bücher, siehe Seite 12 und für Jamie Reed auf YouTube: https://www.youtube.com/results?sp=mAEB&search_query=jamie+reed

Zweck des Fragenkatalogs für Familien und Freunde

Auf der Grundlage der bedeutsamen Erkenntnisse von Shrier, Barnes und Reed sowie anderen besorgniserregenden klinischen Berichten haben wir eine Bewertungsmethode entwickelt, die über den elterlichen Input hinausgeht und die Beobachtungen der erweiterten Familie einbezieht.

Der Fragebogen, der auf den DSM-5-TR-Kriterien für Genderdysphorie basiert, richtet sich an Erwachsene, die den Teenager über einen längeren Zeitraum hinweg gut gekannt haben und detaillierte Kenntnisse über seine Entwicklung besitzen. Dazu gehören Familienangehörige, Nachbarn, Cousins, Kindheitsfreunde, ehemalige Lehrer und Arbeitskollegen. Durch diesen umfassenden Ansatz möchten wir Kliniker und Familien dabei unterstützen, fundierte evidenzbasierte Entscheidungen treffen zu können.

Systematische Dokumentation und klinische Validierung

Der Hauptwert des Fragebogens liegt in seiner Fähigkeit, elterliche Beobachtungen zu objektivieren. Auch wenn Teenager berichten, dass ihre Gender-Inkongruenz immer vorhanden, aber verborgen war oder dass elterliche Widerstände aus konservativen Ansichten resultieren, erfordern diese Behauptungen eine sorgfältige klinische Bewertung.

Abigail Shriers Forschung zeigt, dass Familien, die eine gründliche Beurteilung suchen, in der Regel aufgeschlossen, akzeptierend gegenüber sexueller Orientierung und genderidentitärer Vielfalt, politisch progressiv, gut ausgebildet sind und erhebliches Wissen über die Entwicklung ihrer Kinder besitzen.

Befragungsergebnisse zeigen konsistent, dass Familienmitglieder und Bekannte aus dem Familienumfeld oft ähnliche Beobachtungen gemacht haben wie die Eltern. Es ist klinisch bedeutsam, wenn mehrere Beobachter in verschiedenen Kontexten keine vorherigen Anzeichen von Genderinkongruenz bemerken. Frühkindliche Entwicklungsmerkmale manifestieren sich typischerweise in beobachtbarer Weise, die mindestens einigen Mitgliedern des sozialen Netzwerks eines Kindes bekannt sind. Daher stellt diese systematische Dokumentation ein wichtiges klinisches Werkzeug dar, das ernsthaft berücksichtigt werden sollte.

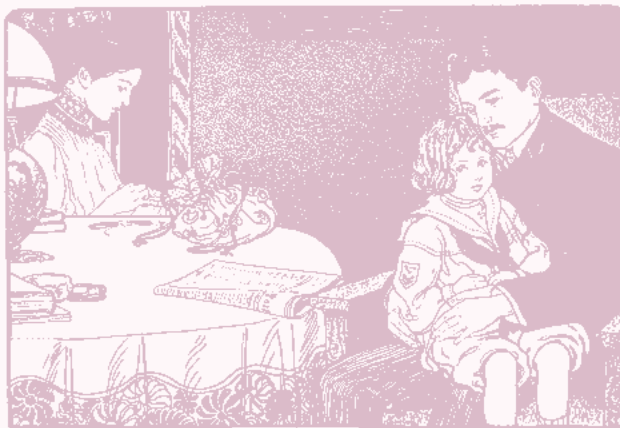
Genderkritische Perspektiven sind keine rechtsextremen Ansichten

Es ist wichtig zu betonen, dass Shrier, Barnes und insbesondere Reed (letztere eine lesbische Gesundheitsfachkraft, die zum Zeitpunkt ihrer Whistleblowing-Ereignisse mit einer transgender Person verheiratet war) **progressive Intellektuelle** sind. Dies zeigt, dass die kritische Analyse der aktuellen Protokolle von unterschiedlichen intellektuellen Hintergründen ausgeht und nicht aus einer bestimmten ideologischen Position.

Auswirkungen auf die Diagnose

Die Ergebnisse der Befragung geben den Spezialisten Aufschluss darüber, wie die gesamte Familie die betroffene Person wahrnimmt und verleihen dem Aspekt familiärer Angelegenheiten mehr Gewicht, wenn es mehrere Meinungen gibt. Offizielle Leitlinien für die Behandlung von Menschen mit Genderdysphorie bieten wenig Informationen zu Familienfragen, doch die Vernachlässigung der Familien-Dynamik bei der Erwägung irreversibler medizinischer Eingriffe wirft ernsthafte ethische Bedenken auf.

Wenn eine soziale Kluft besteht, sollte zunächst eine Familientherapie stattfinden. Eine Behandlung, die die Familie stark belastet und ein hohes Maß an familiären Spannungen mit sich bringt, wirft ernste ethische Bedenken hinsichtlich der Patientenbehandlung und des familiären Wohlbefindens auf.



Vater einer 18-jährigen nicht-binären Tochter bei einem Gespräch mit einem Psychologen

„Meine Tochter ist 18 Jahre alt und hat daher ein Selbstbestimmungsrecht. Sie behauptet, nicht-binär zu sein. Ihr Wunsch ist es, keine Hormone zu nehmen, aber eine Mastektomie durchführen zu lassen. Zu meiner großen Überraschung ist das in Deutschland möglich!

Es war ziemlich schwierig, einen Gesprächstermin mit dem Ansprechpartner der behandelnden Klinik meiner Tochter zu bekommen, aber schließlich hat es doch geklappt. Der Psychologe begann mit den Worten: ‚Wenn Ihre Tochter das Gespräch beenden möchte, ist es sofort vorbei. Die Entscheidung liegt vollständig bei ihr.‘ Später sagte er: ‚Nein, sie muss keine Psychotherapie machen, außer wenn beispielsweise eine schwere Depression oder eine Psychose vorläge oder wenn sie es transitions-begleitend selbst möchte. Sie weiß selbst am besten, wer sie ist und was sie möchte, um adäquat leben zu können – das reicht aus. Wir prüfen das nicht, wir hinterfragen das nicht, Alltagstests und Zwangspsychotherapie gehören der Vergangenheit an.‘

Der Psychologe verglich die Situation mit einer Tätowierung oder einer Auswanderung: ‚Manchmal treffen Kinder Entscheidungen, mit denen Eltern nicht glücklich sind, aber Sie müssen das akzeptieren.‘

Ich habe unserer Tochter jetzt eine Familientherapie vorgeschlagen, da unsere Kontakte wegen unserer unterschiedlichen Ansichten mittlerweile sehr schwierig geworden sind.“

Klinische Überlegungen zu koexistierenden Gesundheitsproblemen

Aufgrund der zunehmenden klinischen Diskussion über das gender-affirmative Modell und neuerer Forschungsergebnisse haben wir dieses Bewertungsinstrument entwickelt, um Kliniker bei der gründlichen Beurteilung potenzieller koexistierender Gesundheitsproblemen zu helfen. Wenn ein junger Mensch ein Trauma erfahren hat, selbstbezogene negative Emotionen zeigt oder an einer neurologischen Entwicklungsstörung wie Autismus leidet, muss sorgfältig geprüft werden, wie diese Faktoren die selbstberichtete Genderinkongruenz beeinflussen können. Diese gründliche Bewertung ist notwendig, bevor irreversible medizinische oder chirurgische Eingriffe in Betracht gezogen werden, gemäß dem Grundprinzip der Medizin: **Erstens: nicht schaden.**

Diagnostische Überschattung

Der Cass-Bericht hebt das Phänomen der „**diagnostischen Überschattung**“ im Rahmen der gender-affirmativen Behandlung hervor, das mit adaptiven Bewältigungsmechanismen zusammenhängt. Von Genderdysphorie betroffene Personen führen ihre Beschwerden möglicherweise auf kürzlich erkannte Erkrankungen zurück, anstatt zugrunde liegende Faktoren zu identifizieren und zu behandeln. Dieses Muster wurde in verschiedenen Kontexten beobachtet, einschließlich Problemen wie RSI (Repetitive Strain Injury – Verletzung durch wiederholte Belastung), dem Syndrom der falschen Erinnerung und dissoziative Identitätsstörung. Diese Erkrankungen weisen oft Merkmale auf, die schwer objektiv zu messen sind und sich hauptsächlich auf Erfahrungsberichte stützen. Auch wenn der Leidensdruck real ist, müssen potenzielle Nocebo-Effekte in Betracht gezogen werden. Angesichts der Tatsache, dass gender-affirmative Behandlungen häufig mit irreversiblen medizinischen Eingriffen verbunden sind, sind die Auswirkungen einer diagnostischen Überschattung von Bedeutung. Jüngste Daten, die auf eine Verlustrate von 30 % bis zur Nachuntersuchung hindeuten⁵, werfen wichtige klinische Fragen auf. Daher sind gründliche Dokumentation und umfassende Bewertung unerlässlich, bevor mit einer medizinischen Intervention begonnen wird.

WPATH SOC-8 und das Niederländische Protokoll stehen im Widerspruch zum Cass-Review

Kurz nach der Veröffentlichung des Cass-Berichts gaben niederländische Kliniken eine Erklärung ab, in der sie behaupten, die in dem Bericht beschriebenen Praktiken seien bereits gängige Praxis in den Niederlanden. **Dies ist nicht wahr.** Das ursprüngliche niederländische Protokoll bezog sich auf **Patienten, die von klein auf eindeutig gendernonkonforme Verhaltensweisen gezeigt hatten** und den Wunsch äußerten, dem anderen Geschlecht anzugehören. Darüber hinaus war es für Behandlungen eine strenge Bedingung, dass die Kinder **keine anderen Probleme hatten und von der Familie unterstützt wurden.**

Der sogenannte **‘real-life test’** (Alltagstest) war ebenfalls Teil des ursprünglichen Protokolls. Dies war eine zweijährige Phase, in der Individuen als das andere Geschlecht leben sollten. Dies ermöglichte es ihnen, die praktischen Konsequenzen ihrer Transition zu erleben und der Klinik zeigen, dass ihr Wunsch echt und gut überlegt war. Dieses Verfahren wurde 2014 eingestellt. Heute können Personen, bei denen eine Genderdysphorie diagnostiziert wurde – basierend ausschließlich auf ihrer eigenen Selbstbewertung – unmittelbar nach Erhalt einer offiziellen Diagnose mit der Hormontherapie beginnen. Während dieser Ansatz die Zugänglichkeit erhöht, kann er zu Herausforderungen führen, wie etwa unerfüllten Erwartungen oder unvorhergesehenen Problemen, die vor der Transition möglicherweise nicht erkennbar waren.

Die Praxis in den Niederlanden sowie in jedem anderen Land, das dem WPATH SOC-8-Modell folgt, stimmt mit dem überein, was in Hannah Barnes' Buch „*Time to Think*“ beschrieben wird und stellt genau den Kern der Kritik dar, die Cass in ihrem Bericht äußert.

Auswirkungen auf Familiensysteme

Das Fehlen von evidenzbasierten Erklärungen für die medizinische Behandlung schafft erhebliche Herausforderungen für Familien. Eltern erleben während dieses Prozesses oft großen Stress, und unzureichende klinische Kommunikation kann das familiäre Leid noch verstärken. Wenn Kliniken die Bedenken der Familien nicht ansprechen oder klare klinische Begründungen liefern, riskieren sie, dem Familiensystem iatrogene Schäden zuzufügen.

Durchführung der Eltern-Befragung per Fragenkatalog

Der Elternfragebogen enthält eine umfassende Liste häufig vorkommender koexistierender Erkrankungen. Eltern sollten angeben, welche gesundheitlichen Probleme sie beobachtet haben. **Bitten Sie bei der Übermittlung an die Klinik um ausdrückliche Rückmeldung** zu folgenden Punkten:

- Ob Kliniker ähnliche Muster beobachtet haben
- Wenn nicht, fragen Sie nach der klinischen Grundlage für unterschiedliche Beobachtungen
- Erfragen Sie, wie identifizierte Erkrankungen/Probleme die selbstberichtete Genderinkongruenz beeinflussen können
- Bitten Sie um Informationen zum Mechanismus der Wechselwirkung zwischen den Erkrankungen

Klinische Verantwortung und Elternrechte

Unter Wahrung der Privatsphäre des Patienten, ist eine offene Kommunikation zwischen allen Beteiligten unerlässlich, angesichts der Tragweite irreversibler medizinischer Eingriffe und ihrer Folgen für die langfristige Gesundheit der jungen Betroffenen. Entscheidungen betreffen die gesamte Familie und können erhebliche stressbedingte Gesundheitsprobleme verursachen. Daher haben **Familien das Recht, ausreichende Informationen zu erhalten**, um klinische Entscheidungen zu verstehen und zu verarbeiten.

Wenn Kliniken es ablehnen, auf diese Bedenken einzugehen, riskieren sie iatrogene Schäden nicht nur beim Patienten, sondern auch am Familiensystem zu verursachen. **Gesundheitsdienstleister müssen ethische Standards einhalten, die sowohl das individuelle als auch das familiäre Wohlergehen berücksichtigen.**

Eltern einer Tochter mit mehreren koexistierenden Gesundheitsproblemen

„Unsere junge erwachsene Tochter, die in der High School aufgrund von Peer-Ansteckung und Online-Einfluss eine nicht-binäre Identität annahm, hatte fest vor, sich ihre Brüste entfernen zu lassen, um zu beweisen, dass sie ‚transmaskulin‘ war. Trotz eines Schreibens, das ihre ko-morbiden psychische Erkrankungen, darunter Essstörungen, Autismus, Trauma durch Mobbing und Zwangsstörungen, aufgeführt waren, entfernte unser medizinischer Dienstleister die gesunden Brüste unserer Tochter. Der medizinische Dienstleister kontaktierte uns nie, um die psychischen Gesundheitsprobleme unserer Tochter zu besprechen. Wir haben einigen schlechten Therapeuten zu verdanken, dass dieses selbstverachtende und selbstschädigende Verhalten ermöglicht und zugelassen wurde.“

Merkmale gemäß DSM-5-TR

Das DSM-5-TR listet zwei Kategorien für die Erkennung von „Genderdysphorie“ (GD) auf, eine für frühes und eine für spätes Auftreten.⁶

Early Onset Genderdysphorie (EOGD)

Bei Kindern wird in der Regel Genderdysphorie diagnostiziert, wenn sie mindestens sechs Monate lang unter erheblichem **Leidensdruck** stehen und mindestens **sechs der folgenden Merkmale** aufweisen:

- Starker Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, oder das Beharren darauf, das andere Geschlecht zu sein
- Starke Vorliebe für das Tragen von Kleidung, die typisch für das andere Geschlecht ist
- Starke Vorliebe für gegengeschlechtliche Rollen im Fantasiespiel oder in der Fantasie
- Starke Vorliebe für Spielzeug, Spiele oder Aktivitäten, die typischerweise vom anderen Geschlecht benutzt oder ausgeübt werden
- Starke Vorliebe für Spielkameraden des anderen Geschlechts
- Starke Ablehnung von Spielzeugen, Spielen und Aktivitäten, die typisch für das zugewiesene Geschlecht sind
- Starker Abneigung gegen die eigene sexuelle Anatomie
- Starker Wunsch nach den körperlichen Geschlechtsmerkmalen, die mit dem erlebten Geschlecht entsprechen

Late Onset Genderdysphorie (LOGD oder ROGD)

Um als Teenager oder Erwachsener mit Genderdysphorie diagnostiziert zu werden, muss eine Person mindestens sechs Monate lang **erhebliche Belastungen** aufgrund mindestens **zwei der folgenden Merkmale** erfahren haben:

- Ausgeprägte Inkongruenz zwischen dem erlebten bzw. dem zum Ausdruck gebrachten Geschlecht und den primären oder sekundären Geschlechtsmerkmalen
- Starker Wunsch, die eigenen primären oder sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden
- Starkes Verlangen die primären oder sekundären Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts zu haben
- Starker Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören
- Starker Wunsch, wie das andere Geschlecht behandelt zu werden
- Starke Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionen des anderen Geschlechts zu haben

**Eltern einer Tochter im Teenageralter, die desistete**

„Von 11 bis 15 Jahren hatte meine Tochter mit Angstzuständen, PTBS und möglicherweise ADHS zu kämpfen. Sie erfuhr von dieser Idee des „Transgender“, weil sie zu viel Zeit im Internet unterwegs war, weil Berater das Konzept von ‚transgender‘ ohne dass wir es wussten, mit ihr besprachen und durch ihre Mitschüler in der Schule. Es war unglaublich enttäuschend und beunruhigend zu erkennen, dass alle Fachleute, denen ich vertraute, um unserer Tochter zu einer ganzheitlicheren Selbstwahrnehmung ihrer selbst zu helfen, sich nur auf die Genderidentität konzentrierten. Unsere Bedenken, dass es sich bei der Verzweiflung unserer Tochter um ein unangemessenen Bewältigungsmechanismus handelt und dass sie von einer sozialen „Ansteckung“ beeinflusst wurde, wurden abgetan. Ihre private Beraterin bezeichnete uns als ‚nicht akzeptierende Eltern‘. Der Schulberater förderte die ‚Identitätserforschung‘ und unterstützte die Idee, dass meine Tochter ‚vielleicht wirklich ein Junge‘ ist, indem sie ihren Namen und ihre Pronomen in der Schule änderten. Nachdem sie verstimmt und zurückgezogen geworden war, erkannte ich, dass unsere Tochter mit 14 heimlich mit einer transidentifizierten klinischen Sozialarbeiterin darüber sprach, ihr Geschlecht/Gender‘ mit Hormonspritzen und Operationen zu ‚medikalisieren‘. All das geschah ohne mein Wissen oder meine Zustimmung. Es ist schockierend, dass unser Kinderarzt, obwohl er sich all der Probleme unserer Tochter bewusst war, die „Optionen“ von Pubertätsblockern und Bindern anpries. Diese Erwachsenen setzten alles auf das Vertrauen in ein Kind und verkannten den Prozess der Identitätsentwicklung, ohne zu realisieren, dass sich der Fokus meiner Tochter auf ihre Genderidentität dadurch verstärkte, dass sie mit ihr darüber als eine reale Möglichkeit sprachen. Meine Tochter hörte schließlich kurz vor ihrem 16. Geburtstag auf und ist jetzt sehr dankbar, dass ich nicht ihren ständigen Forderungen nachgegeben habe, sie als das andere Geschlecht zu sehen und medizinische Eingriffe zuzulassen. Meine Familie wird für den Rest ihres Lebens mit den Nachwirkungen, dem Trauma und der Wut dieser Erfahrung leben und sich wirklich als Opfer eines schrecklichen medizinischen Ethikskandals fühlen.“

Die Unlogik der DSM-5-TR-Kriterien für Genderdysphorie

**Zeige es Familie
und Freunden**

Feminismus und Geschlechterrollen sowie Ausdrucksformen

Der Feminismus kritisiert zu Recht die Stereotypisierung von Geschlechterrollen. Jede Person sollte sich frei ausdrücken können, ohne Einschränkungen durch soziale Normen wie 'Mädchen spielen mit Puppen' oder 'Jungen müssen stark sein'. Eine Person zeigt bestimmtes Verhalten, weil sie es angenehm oder interessant findet. **Dies sollte frei von Spekulationen über eine vermeintliche 'Genderidentität' bleiben.**

Die DSM-5-TR und regressive Geschlechterrollen-Stereotypisierung

In den DSM-5-TR-Kriterien werden jedoch der unscharf definierte Begriff 'Genderausdruck' und Geschlechterrollen tatsächlich als Indikatoren für erlebte Genderdysphorie verwendet. Zum Beispiel: Ein Junge mit einer starken Vorliebe für 'Mädchenspielzeug' oder mädchenhaftes Verhalten kann die Kriterien für Genderdysphorie erfüllen. **Dieser Ansatz stellt einen regressiven Rückfall in Stereotypen** dar und widerspricht der feministischen Idee, dass Verhalten unabhängig vom Geschlecht zu betrachten ist. Der Feminismus betont zu Recht, dass das Durchbrechen von Geschlechterstereotypen gerade keine Indikation für eine sogenannte 'Genderinkongruenz' darstellt und medizinisch oder diagnostisch keine Bedeutung haben sollte.

Kontext der 'Genderdysphorie'

Die DSM-5-TR versucht, 'Genderdysphorie' bei Personen zu identifizieren, die psychisches Leid über eine erlebte Inkongruenz zwischen ihrer Gender-Identität (basierend auf regressiven Stereotypen) und ihrem biologischen Geschlecht äußern. Es geht also nicht nur um Verhalten, sondern um Verhalten in Kombination mit erheblichem Unbehagen. Die Verwendung von Geschlechterstereotypen als Merkmale ist problematisch, da sie zur **unnötigen Pathologisierung** von Personen führen kann, die einfach nicht den traditionellen Geschlechterrollen entsprechen.

Homosexuelle Personen, kreative Menschen, Personen mit autistischen Merkmalen oder mentalen Beschwerden zeigen oft atypisches Verhalten. Die selbst gezogene Schlussfolgerung der Person sollte untersucht werden. Warum kommt die Person auf den Gedanken, dass sie dem anderen Geschlecht oder auch "keinem Geschlecht" angehört (non-binär), obwohl dies biologisch nicht realisierbar ist? Eine bessere Lösung wäre, Diagnostik unabhängig von Stereotypen zu gestalten und sich stärker auf die emotionalen und psychologischen Erfahrungen einer Person zu konzentrieren. Freiheit im 'Genderausdruck' macht medizinische Eingriffe überflüssig. Warum sollte ein Körper geschädigt werden, wenn es möglich ist, sich in jeder Form auszudrücken?

Was analysiert das DSM-5-TR?

Die Kriterien des DSM-5-TR analysieren, ob sich eine Person geschlechtskonform oder geschlechtsnonkonform verhält, basierend auf regressiven Stereotypen. **Dies ist grundsätzlich falsch.** Wenn sich eine Person jedoch offensichtlich geschlechtskonform verhält, sollte dies ein großes Warnsignal für die Klinik sein, und es darf keine medizinische Transition stattfinden. Schließlich verlangen die DSM-5-TR-Kriterien geschlechtsnonkonformen Ausdruck, der bei dieser Gruppe gerade nicht sichtbar ist. Falls geschlechtsnonkonformes Verhalten vorhanden ist, ist dies dennoch **kein legitimer Grund** für medizinische Maßnahmen zur Transition. Atypisches Verhalten kann aus völlig anderen Gründen auftreten, und dies ist durch die simplen und fehlerhaft formulierten DSM-5-TR-Kriterien nicht differenzierbar. Die Klinik muss nachweisen, wie sie eine Differenzierung vorgenommen hat, wobei zu erwarten ist, dass auch sie dies nicht kann, da es hierfür keine Messmethoden gibt. **'Zuerst keinen Schaden zufügen' steht über der Medikalisierung des Unbestimmbaren.**

Ist die Familienbefragung somit überflüssig?

Nein. Es kommt häufig vor, dass Familie und Freunde aus Mitgefühl die Sichtweise der betroffenen Person übernehmen. Teil 1 der Umfrage, der auf den DSM-5-TR-Kriterien basiert, regt Freunde und Familie dazu an, darüber nachzudenken, wie inkohärent die diagnostischen Kriterien tatsächlich sind und dass diese niemals die Grundlage für eine Zustimmung zu schwerwiegenden, körperlich schädigenden medizinischen Maßnahmen sein dürfen. Die folgenden Teile der Umfrage geben der Klinik zusätzliche Einblicke, was mit der betroffenen Person tatsächlich los ist.



Merkmale der Rapid-Onset Genderdysphorie (ROGD)

ROGD oder Rapid-Onset Genderdysphorie, ist eine Hypothese von Dr. Lisa Littman, die **das plötzliche Auftreten von genderbezogener Belastung** beschreibt, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ohne vorherige Anzeichen in der Kindheit.⁷ Die ROGD-Hypothese besagt, dass genderbezogene Belastungen durch soziale und Umweltfaktoren beeinflusst werden können, einschließlich:

- Soziale Isolation (z. B. während der COVID-19-Pandemie)
- Einfluss des Internets (durch verstärkte Online-Nutzung)
- Grundlegende Ängste
- Fehlinterpretation anderer Probleme der psychischen Gesundheit
- Dynamiken der Peer-Gruppe

Die Befragung als Indikator für ROGD

Eine unerwartete Erkenntnis trat bei der Entwicklung des Fragenkatalogs auf: Das Tool bestätigt die Wahrscheinlichkeit der ROGD-Hypothese. Littmans Beobachtung hat zu einer bedeutenden klinischen Diskussion geführt, da sie eine Alternative zum gender-affirmativen Modell darstellt, das typischerweise behauptet, dass die Gender-Identität angeboren und unveränderlich ist. Eine häufige Kritik an Littmans Forschung ist, dass sie auf Interviews mit Eltern statt auf direkten Patientenberichten beruhe. Dabei werden wichtige methodologische Überlegungen zur Verzerrung von Selbstberichten in klinischen Beurteilungen übersehen. **Die Familienbefragung trägt dazu bei, die Beobachtungen der Eltern zu objektivieren**, indem sie systematisch dokumentiert, wann und wie genderbezogene Probleme aufgetreten sind.

Der sich wandelnde wissenschaftliche Konsens

Eine schnell wachsende Gruppe von Experten, darunter Hilary Cass, Jonathan Haidt, Gordon Guyatt (EBM), Richard Dawkins, Ray Blanchard, Stephen Levine, Michael Bailey, Ken Zucker, Marcus Evans, Michael Biggs, Riittakerttu Kaltiala und viele andere prominente Forscher unterstützen Littmans Analyse. Aufgrund der akademischen Qualifikationen dieser Experten verdient ROGD mehr Anerkennung als Gender-Kliniken uns glauben machen wollen. Die übliche Perspektive von Gender-Kliniken deckt sich nicht mehr mit der zunehmenden Erkenntnis im Jahr 2025, dass **soziale Ansteckung** wahrscheinlich eine bedeutende Rolle im dramatischen Anstieg der Fälle spielt.

Wichtig zu beachten

Die Existenz von ROGD wird von den Kliniken für gender-affirmative Behandlung oft ignoriert, da sie in direktem Konflikt zur Bereitstellung von Medikamenten und Operationen steht, und weil diese Art von Genderdysphorie nicht angeboren, sondern sozial induziert ist. Die Kliniken leiden unter einem finanziellen Interessenkonflikt und einem „Sunk-Cost-Phallancy“ d. h. einem-Fehlschluss in Bezug auf unnötige Kosten. Es würde sie Geld kosten und möglicherweise zu strafrechtlichen Konsequenzen führen, wenn sie eingestehen müssten, dass sie falsch lagen. Das Leugnen von ROGD ist jedoch nicht länger haltbar. Die Klinik muss beweisen, warum eine Person kein ROGD hat. Eltern müssen nicht beweisen, dass ROGD existiert. **Dies wäre eine Umkehrung der Beweislast, die auf Eltern auferlegt würde, die keine Spezialisten sind und nicht über die Ressourcen verfügen, eine Studie durchzuführen.**

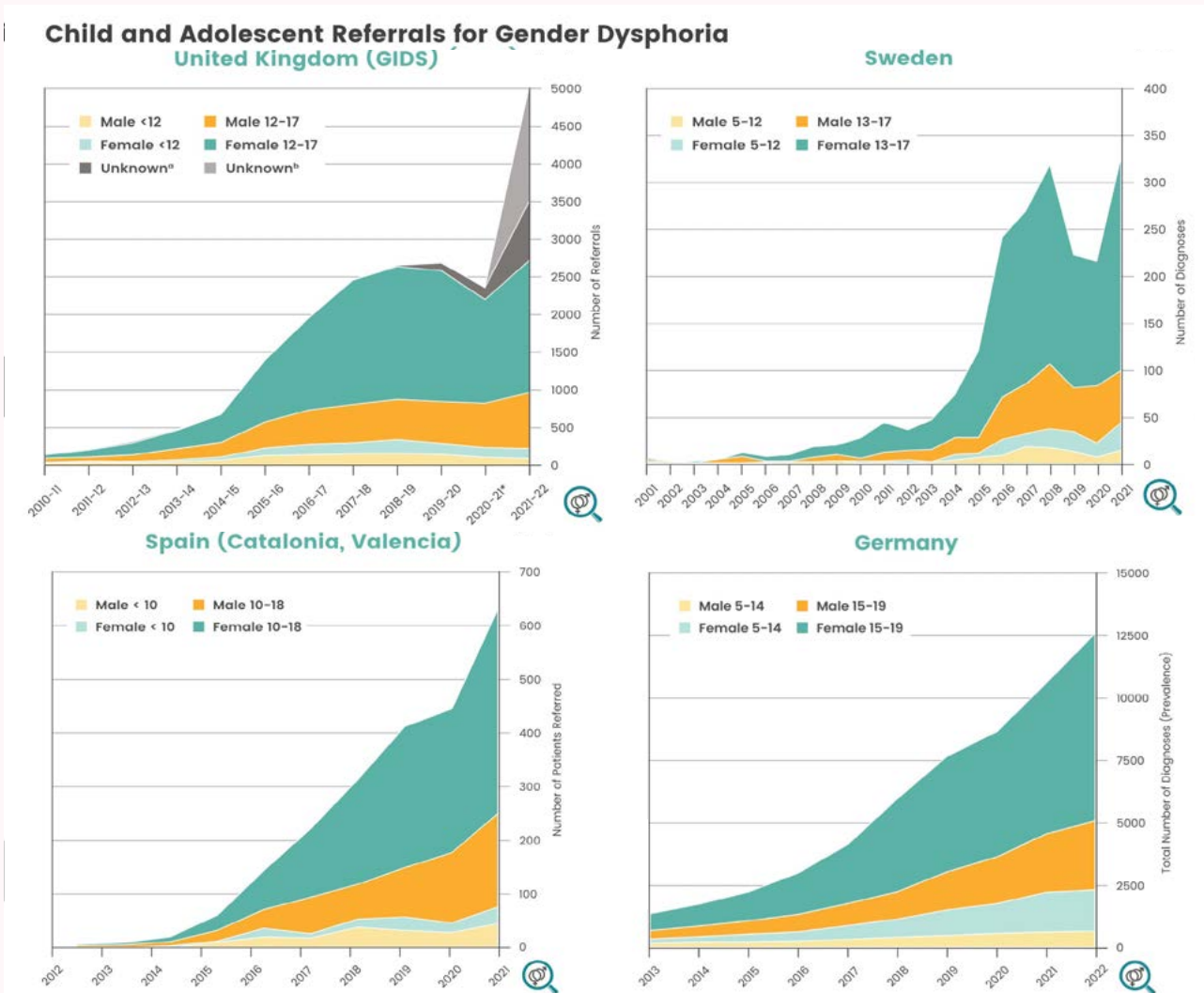


Eltern einer 23-jährigen Tochter, die desistet ist

*„Sobald ich unserem Hausarzt mitteilte, dass meine 23-jährige Tochter sich als transgender identifizierte, überwies er sie sofort an die Genderklinik des Medizinischen Zentrums auf dem Universitäts-Campus meiner Tochter. Ich war nicht der Meinung, dass die Bestätigung meiner Tochter der richtige Weg war. Ich wollte mit dem Arzt über das Phänomen der **Rapid-Onset Genderdysphorie** sprechen, das die Erfahrung meiner Tochter genau beschrieb. Der Arzt wollte mir nicht zuhören. Als ich versuchte, ihm einen **gedruckten Artikel über ROGD** zu geben, hob er die Hände und weigerte sich, ihn anzunehmen. Er sagte mir, dass er viele transgender Patienten habe und bereits genug wisse. Ich verlor das Vertrauen in diesen Arzt und ging nie wieder hin. Meine Tochter hat mittlerweile nicht mehr trans*. Ich bin immer noch wütend über diesen Arzt, weil er mich ignoriert hat, und ich bin sehr erleichtert, dass wir seinem schlecht informierten und fehlgeleiteten Rat nicht gefolgt sind.“*

Epidemie

Nachdem der Begriff „Genderidentitätsstörung“ 2014 im DSM durch „Genderdysphorie“ ersetzt wurde und die Medienberichterstattung über Jugendliche, die Probleme mit ihrem Geschlecht/Gender haben, erheblich zunahm, **stieg die Zahl** der Überweisungen an Gender-Kliniken in allen westlichen Ländern um 2.000 % bis 5.000 %.



Wertherismus

Der Begriff „Wertherismus“ stammt aus Goethes Roman „*Die Leiden des jungen Werther*“ (1774) und bezieht sich auf das Phänomen, bei dem Menschen von Medien oder Geschichten beeinflusst werden, **insbesondere im Bereich selbstzerstörerischen Verhaltens**. Im Roman begeht der Protagonist Werther Selbstmord mit einer Pistole, nachdem seine Liebe zu einer unerreichbaren Frau unerwidert bleibt. Nach der Veröffentlichung des Romans nahm die Zahl der jungen Männer, die sich auf ähnliche Weise das Leben nahmen, deutlich zu, manche kleideten sich sogar im gleichen Stil wie Werther.

Die Detransitionierte Charlie Bentley-Astor (interviewt von Andrew Gold)

„Queer Destiny“ ist im Wesentlichen diese ziemlich schädliche Idee, dass, wenn man schwul, bisexuell, trans oder queer ist, das Wichtigste an einem das Label ist, für das man sich entschieden hat. Es ist das entscheidende Merkmal deines Daseins und bestimmt den Verlauf deines Lebens. Du kannst entweder damit leben, oder du kannst dich umbringen, denn das sind die einzigen beiden Optionen. Denn wenn du es nicht zulässt, dann nagt es an dir und du bist so sehr in dir selbst gefangen und es ist so entsetzlich, dass der einzige Ausweg der Selbstmord ist. Aber das ist einfach nur eine Idee.“

Die Detransitionierte Christina Hineman

„Es war irgendwie wie ein Punk-Ding, aber anstatt Sex, Drogen und Rock'n'Roll war es nur Drogen. Und Operationen. Es ist eine medikalisierte Version der normalen Teenager-Rebellion. Und das hat mich total mitgerissen.“

Mia Hughes - Autorin der 'WPATH Files'

„Rapid-Onset Genderdysphorie ist die offensichtlichste soziale Ansteckung, die es je gegeben hat.“

Die 13 Unwahrheiten der gender-affirmativen Behandlung von Teens & Twens – von Dr. S. Levine

Am 21. Februar 2023 hörte das **Florida House Health & Human Services Committee** eine Stellungnahme des anerkannten Psychiaters **Dr. Stephen Levine** – klinischer Professor für Psychiatrie an der Case Western Reserve University. Er stellte 13 wissenschaftlich unzutreffende Annahmen vor, die die Grundlage der ausschließlich affirmativen Therapie für Genderdysphorie bei Kindern bilden.*

„Ich habe in der Literatur von Befürwortern der Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit dem Transgender-Phänomen 13 Ideen gefunden. Jede dieser 13 Punkte halte ich für wissenschaftlich unrichtig. Dennoch werden sie fest geglaubt, und wenn sie in Diskussionen widerlegt oder hinterfragt werden, führt dies zu leidenschaftlicher Empörung darüber, dass sie nicht wahr sein könnten. Nach meinem Wissen sind diese 13 Ideen jedoch weder wissenschaftlich überprüfbar noch klinisch korrekt. Trotzdem werden sie in den Schriften und Reden von Ärzten, die affirmative Behandlung unterstützen, immer wieder bekräftigt.

Bevor ich diese 13 Punkte vorstelle, möchte ich eine andere Perspektive auf diese große Frage der Transgender-Behandlung für Jugendliche bieten: Ist dies ein Beispiel für therapeutischen Fortschritt, um Betroffenen zu helfen, oder ist es ein weiteres medizinisches Fehlverhalten?

*In der Medizin haben wir **eine Geschichte voller medizinischer Fehler**. Der jüngste und auch einer der schädlichsten ist die Opioidkrise. Wir begannen, Opioide großzügig zu verschreiben, ohne wissenschaftliche Beweise für deren Nutzen und Schäden. Heute leiden Menschen in jedem Bundesstaat der USA – und auch anderswo – an vorzeitigen Todesfällen durch Opioidmissbrauch.*

Hier sind die 13 Punkte, die meiner Meinung nach nicht wahr sind:

1. **Eine Transidentität, einmal festgestellt, ist unveränderlich und bleibt immer gleich.** Dies ist eindeutig falsch.
2. **Transidentitäten werden primär durch pränatale biologische Faktoren verursacht.** Diese Behauptung suggeriert, dass die Behandlung einfach einen biologischen oder embryologischen Fehler korrigiert.
3. **Sexuelle Orientierung ist völlig unabhängig von der Genderidentität.** Sexuelle Orientierung beschreibt eine Präferenz für romantische und sexuelle Beziehungen mit einer bestimmten Gruppe (Männer oder Frauen). Dennoch tritt Genderdysphorie bei Kindern oft zusammen mit gleichgeschlechtlicher Anziehung auf, was darauf hinweist, dass die Phänomene nicht vollständig getrennt sind.
4. **Keine Form der Genderidentität ist eine Abweichung oder ein Symptom eines anderen Problems.** Dies ist kein psychologisch haltbares Konzept, wird aber häufig in der Literatur behauptet.
5. **Genderdysphorie ist eine ernste medizinische Erkrankung, die medizinische Eingriffe erfordert, jedoch nur, wenn der Patient dies wünscht.** Diese Idee enthält einen inhärenten Widerspruch: Wenn es eine ernste medizinische Erkrankung ist, impliziert dies die Notwendigkeit einer Behandlung – unabhängig vom Wunsch des Patienten.
6. **Die damit verbundenen emotionalen Probleme werden hauptsächlich durch das Leben in einer diskriminierenden Welt verursacht.** Viele Kinder, bei denen Genderdysphorie diagnostiziert wird, hatten zuvor bereits andere psychologische Diagnosen.
7. **Es gibt keine effektiven Alternativen zur affirmativen Behandlung.** Ärzte behaupten oft, dies sei die einzige Lösung für Kinder, doch alternative psychiatrische Ansätze, wie von Dr. Laidlaw beschrieben, existieren durchaus.
8. **Versuche, Psychotherapie anzubieten, sind unethische Formen der Konversionstherapie und sollten verboten werden.** Jeder Versuch, dem Kind und der Familie zu helfen, wird oft als Konversionstherapie bezeichnet, mit Aufrufen, dies in verschiedenen Rechtsordnungen zu verbieten.
9. **Affirmative Behandlung verbessert dauerhaft die psychische Gesundheit und soziale Funktion.** Dies wird oft als Rechtfertigung verwendet, doch Langzeitstudien, die dies belegen, fehlen. Tatsächlich deuten Daten auf erhöhte Sterblichkeitsraten unter transsexuellen Erwachsenen hin.
10. **Affirmative Behandlung verringert suizidale Gedanken und verhindert Selbstmord.** Dies ist eine kraftvolle, überzeugende Unwahrheit, die Eltern von Teenagern vermittelt wird. Studien, wie die aus Schweden, zeigen jedoch deutlich erhöhte Selbstmordraten bei Erwachsenen, die medizinische Transitionen durchlaufen haben.
11. **Junge Teenager wissen am besten, was sie in Zukunft glücklich machen wird.** Diese Behauptung setzt voraus, dass ein Teenager sein oder ihr „wahres Selbst“ vollständig versteht, was nicht unbedingt der Fall ist.
12. **Das Erfüllen der diagnostischen Kriterien für Genderdysphorie sagt ein gutes Ergebnis durch affirmative Behandlung voraus.** Dies ist nachweislich falsch.
13. **Reue und Detransition kommen bei diesen Patienten selten vor.** In den letzten Jahren wurde deutlich, dass Detransition zunehmend erkannt wird. Die enge Definition von 'Reue' (z. B. den ursprünglichen Therapeuten zu informieren oder körperliche Veränderungen rückgängig machen zu wollen) wird der Komplexität dieses Phänomens nicht gerecht.

Diese 13 Aussagen bilden den Kern der Behauptungen über affirmative Behandlung. **Wenn diese Behauptungen nicht wahr oder wissenschaftlich fundiert sind, wie können wir dann den auf ihnen basierenden Interventionen vertrauen?**

Empfehlungen, die es wert sind geprüft zu werden.

Je mehr Sie wissen, desto besser können Sie Ihr Kind schützen.

Bücher und Literatur zu Gender-Themen

- *Hinter dem Regenbogen* - **Alexander Korte** (2024)
- *End of Gender: Debunking the Myths About Sex and Identity in Our Society* - **Debra Soh** (2023). Eine wesentliche Kritik an den Mängeln der Genderforschung als Wissenschaft.
- *Irreversible Damage* - **Abigail Shrier** (2021). Über ROGD.
- *Time to Think* - **Hannah Barnes** (2023). Über den Tavistock-Skandal und die beunruhigende Wissenschaft und Geschichte der gender-affirmativen Behandlung als falsches Behandlungsmodell.
- *Trans* - **Helen Joyce** (2022). Über die Probleme der Genderideologie aus der breiten soziologischen Perspektive.
- *Detrans* - **Dr. Az Hakeem** (2023). Über die Probleme der Genderideologie aus der breiten soziologischen Perspektive.
- *When Kids Say They're Trans* - **Lisa Marchiano, Stella O'Malley & Sasha Ayad** (2023). Ein Leitfaden für Eltern.
- *Lost in Trans Nation: A Child Psychiatrist's Guide Out of the Madness* - **Miriam Grossman** (2023). Zentrale These: Eltern kennen ihr Kind am besten. Miriam Grossman hat viel Mitgefühl mit betroffenen Eltern von ROGD-Kids und bietet ihnen Rückhalt durch Informationen und Tipps.
- *The WPATH Files* - **Mia Hughes** (2024). Enthüllt die Korruption von WPATH und wie diese die Behandlung von Trans-Personen weltweit beeinflusste.
- *The Cass Review, Final Report* - **Hilary Cass** (2024). Die wissenschaftlichen Beweise, die Hannah Barnes bereits in ihrem Buch aufdeckte.

Bücher zu einer breiteren Perspektive

- *Bodies under Siege* - **Armando R. Favazza** (2011). Über Selbstverstümmelung, nichtsuizidale Selbstverletzung und Körpermodifikation in Kultur und Psychiatrie.
- *Masse und Macht* - **Elias Canetti** (2011). Über kollektives Verhalten, Massenwahn, Kults und extreme (Selbstschädigungs-)Rituale.
- *The Rape of the Mind* - **Joost A. M. Meerloo** (2009). Über die Psychologie der Gedankenkontrolle, Mentizid und Gehirnwäsche.

Kein Leser? Kein Problem!

- Schauen Sie Interviews mit den oben genannten Experten auf YouTube, hören Sie den **Podcast Gender: A Wider Lens**.
- Gehen Sie auf X (und andere soziale Medien) und folgen Sie genderkritischen Organisationen wie **Genspect, Stats for Gender, PITT, Parents of Desisters, Do No Harm, Therapy First, CAN-SG**.
- **Wenden Sie sich an Elterngruppen und genderkritische Organisationen.**
- **Schreiben Sie Briefe** an die Medien und Politiker und bitten Sie um Hilfe.
- **Besuchen Sie Konferenzen**, um Kontakte zu knüpfen.

*Eliza Mondegreen - Drei Tage auf der Konferenz der European Professional Association for Transgender Health (EPATH)*⁸

*„In einem beunruhigenden Bericht über die ‚Überschneidung‘ von Autismus und Transgender-Identität bei Patienten an der niederländischen Klinik in Amsterdam berichteten Forscher, dass von **30 Patienten**, die potenziell für eine 17-jährige Nachfolgestudie in Frage kamen, **vier die Teilnahme abgelehnt hatten, zwei detransitioniert waren, einer, der nicht detransitioniert war, schwere Reue über die Vaginoplastik äußerte und zwei ‚verstorben‘ waren. Erst am Ende der Präsentation gaben die Forscher zu, dass die beiden Patienten, die ‚verstorben‘ waren, faktisch durch Suizid gestorben waren. Der Tod dieser beiden Patienten, so die Forscher, zeige, dass es ‚zwei Seiten der Medaille‘ gebe, dass es ‚keine Kristallkugel‘ gebe und dass das Thema ‚nicht ohne Nuancen‘ behandelt werden sollte. Was ein ‚nuancierter‘ Ansatz sei, spezifizierte niemand. Ist es möglich, dass ‚Nuancen‘ bedeuten, negative Ergebnisse zu übergehen, damit niemand falsche Schlussfolgerungen zieht? Die Vortragenden bevorzugten es, sich mit der ‚Vielfalt‘ ihrer ‚trans-autistischen‘ Patienten zu befassen, mit ihrer Vielzahl an Selbstidentifikationen 17 Jahre nachdem sie den Weg der Transition eingeschlagen hatten: ‚Feen‘, ‚Elfen‘, ‚nicht-binär‘, ‚freundliche nicht-bedrohliche Frau‘, ‚cis‘ (d.h. detransitioniert). ‚Jede Überweisung‘, so die Präsentatoren, einschließlich der Patienten, die gestorben sind und der Patienten, die detransitioniert haben oder Reue erfuhren, folgte ihrem eigenen einzigartigen Weg in Bezug auf ihre Genderidentität und ihre psychische Gesundheit.‘***
*Immer wieder präsentierten Forscher und Kliniker belastende Ergebnisse, die darauf hindeuten, dass im Bereich der ‚gender-affirmativen Behandlung‘ etwas ernsthaft schief läuft und sie **versäumen es dann**, ihre Erkenntnisse auf ihre Arbeit anzuwenden, die nach wie vor ‚unerlässlich‘ und ‚lebensrettend‘ sind – selbst wenn Patienten sterben.“*

Der Fragenkatalog für Familienangehörige und Freunde

Eine Objektivierung der elterlichen Sicht

Für die klinische Überprüfung vor der Einleitung von gender-affirmativen Interventionen



Genderbezogene Themen sind komplex. Möglicherweise verstehen Sie oder ihr Umfeld nicht alle Aspekte. Zögern Sie nicht, um Hilfe zu bitten. Wenden Sie sich an andere Eltern. Stellen Sie Fragen in relevanten Online-Gruppen. Wenden Sie sich an Organisationen, die auf genderkritische Themen spezialisiert sind.

Sechzehn Fragen basierend auf den DSM-5-TR-Kriterien

Abgabe an die Klinik

Um diesen Fragebogen zu entwickeln, haben wir die DSM-5-TR-Kriterien in Fragen umformuliert, die für Familienmitglieder und Bekannte geeignet sind. Wir haben zwei Merkmale aus dem Abschnitt für Kinder genommen und auf das Verhalten von Jugendlichen angewendet (Fragen 7 und 8).

Gegenwart

1. Gibt es eine klare sichtbare Diskrepanz zwischen dem geäußerten Gender (Genderausdruck) und dem biologischen Geschlecht?
0 Ja 0 Nein 0 Unklar
2. Äußert die Person den starken Wunsch, ihre primären oder sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden?
0 Ja 0 Nein 0 Unklar
3. Präsentiert sich die Person in ihrer Kleidung und ihrem Verhalten klar als das andere Geschlecht?
0 Ja 0 Nein 0 Unklar
4. Äußert die Person den starken Wunsch, wie das andere Geschlecht zu werden?
0 Ja 0 Nein 0 Unklar
5. Äußert die Person einen starken Wunsch, wie das gegenteilige Geschlecht behandelt zu werden?
0 Ja 0 Nein 0 Unklar
6. Zeigt die Person typische Gefühle und Reaktionen, die normalerweise mit dem anderen Geschlecht verbunden sind?
0 Ja 0 Nein 0 Unklar
7. Sehen Sie in ihren Musikvorlieben, Filmen, Anime, Hobbys Ausdrucksweisen, die typisch für das andere Geschlecht sind?
0 Ja 0 Nein 0 Unklar
8. Beobachten Sie, ob die Person lieber mit Spielkameraden des anderen Geschlechts zusammen ist?
0 Ja 0 Nein 0 Beides

Vergangenheit

9. Zeigte die Person als Kind einen starken Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören?
0 Ja 0 Nein 0 Unklar
10. Hat die Person als Kind typische Kleidung des anderen Geschlechts getragen?
0 Ja 0 Nein 0 Unklar
11. Zeigte die Person als Kind eine starke Vorliebe für Rollen des anderen Geschlechts in der Fantasie oder im fantasievollen Spiel?
0 Ja 0 Nein 0 Unklar
12. Hat die Person als Kind eine starke Vorliebe für Spielzeug, Spiele oder Aktivitäten gezeigt, die stereotypisch mit dem anderen Geschlecht assoziiert werden?
0 Ja 0 Nein 0 Beides
13. Hatte die Person als Kind eine starke Vorliebe für Spielkameraden des anderen Geschlechts?
0 Ja 0 Nein 0 Beides
14. Hatte die Person als Kind eine starke Abneigung gegen Spielzeug, Spiele und Aktivitäten, die typisch für ihr Geschlecht sind?
0 Ja 0 Nein 0 Unklar
15. Hatte die Person als Kind eine starke Abneigung gegen ihre eigene Sexualanatomie?
0 Ja 0 Nein 0 Unklar
16. Hatte die Person als Kind einen starken Wunsch nach körperlichen Geschlechtsmerkmalen, die ihrem erlebten Gender entsprechen?
0 Ja 0 Nein 0 Unklar

Fragen zum Hintergrund der Person und zu ihren sozialen Einflüssen

1. Ist die trans Identität plötzlich während oder nach der Pubertät ohne vorherige Anzeichen in der Kindheit aufgetreten?
0 Ja 0 Nein 0 Ich weiß nicht
2. Glauben Sie, dass die Person durch Freunde beeinflusst sein könnte?
0 Ja 0 Nein
3. Gibt es in ihrer Klasse oder Freundesgruppe 'trans'/'nicht-binäre'/'queere' Personen?
0 Ja 0 Nein 0 Ich weiß nicht
4. Glauben Sie, dass Online-Informationen eine Rolle in der Selbstdiagnose der Person spielen?
0 Ja 0 Nein 0 Ich weiß nicht
5. Glauben Sie, dass diese Person möglicherweise andere psychische Erkrankungen wie Angstzustände, Depressionen oder eine autistische Störung leiden könnte?
0 Ja 0 Nein 0 Ich weiß nicht
Falls ja, welches auffällige Verhalten zeigt die Person?
6. Hat sich das Verhalten der Person als Kind oder vor der Äußerung ihrer Selbstdiagnose im Vergleich zu heute anderes verhalten?
0 Ja 0 Nein
Falls ja, können Sie beschreiben, wie diese Veränderung aussieht?
7. Hat sich die Person kurz vor oder nach ihrem „Coming Out als trans/nicht-binär“ von der Familie und/oder früheren Freunden distanziert?
0 Ja 0 Nein
8. Stehen die meisten ihrer Freundschaften und Aktivitäten jetzt mit ihrer Trans-Identität?
0 Ja 0 Nein 0 Ich weiß nicht
9. Haben Sie den Eindruck, dass die Person über ihre Identität verwirrt ist und eine falsche Selbstdiagnose stellt?
0 Ja 0 Nein
10. Glauben Sie, dass für die Person eine Trans-Identität nur eine vorübergehend interessante Sache sein könnte?
0 Ja 0 Nein 0 Ich weiß nicht



Zusätzliche Fragen

1. Sollte der Eindruck der Familie bei der Diagnose stark berücksichtigt werden?
 Ja Nein
Warum denken Sie das?
2. Sollten auch die Meinungen des Hausarztes und anderer Gesundheitsdienstleister eingeholt und berücksichtigt werden?
 Ja Nein
3. Glauben Sie, dass die Person homosexuell, bisexuell oder asexuell sein könnte?
 Ja Nein
4. Könnte bei der Person innere Scham über eine mögliche Homosexualität vorliegen?
 Ja Nein Ich weiß nicht
5. Könnte die Familie Probleme mit homosexuellen Personen haben?
 Ja Nein Ich weiß nicht
Wenn ja, können Sie eine Erklärung dazu geben?
6. Könnte ihre religiöse Gruppe/Arbeitsumfeld/Sportverein Probleme mit homosexuellen Personen haben?
 Ja Nein Ich weiß nicht
7. Haben Sie Einblick in die Gründe, warum die Person mit ihrem Körper unzufrieden bzw. unglücklich ist?
 Ja Nein
Falls ja, bitte erläutern Sie dies.
8. Haben Sie selbst ernsthafte, genderbezogene Probleme erlebt, als sie jünger waren oder auch jetzt?
 Ja Nein
Falls ja, bitte erläutern Sie dies.
9. Gibt es noch etwas, das Sie in Bezug auf die Diagnose der Person oder zu diesem Fragebogen hinzufügen möchten?



10a. Frage zur Informierten Zustimmung (in Bezug auf männliche Personen)

In der medizinischen Fachliteratur sind die folgenden potenziellen gesundheitlichen Komplikationen dokumentiert:*

Pubertätsblocker

- Permanente Beeinträchtigung der sexuellen Funktion, einschließlich Fertilität und keine Orgasmusfähigkeit ^{32,33}
- Langfristige Auswirkungen auf die Knochendichte (Osteoporose) und die Entwicklung zum erwachsenen Mann ¹⁰
- Negative Auswirkungen auf die neuropsychologische Funktion ¹⁰
- Unterentwickeltes Genitalgewebe, was zukünftige chirurgische Optionen beeinträchtigen könnte ¹¹

Östrogen-Behandlung (in Kombination mit (Off-Label-Anwendung von) Antiandrogenen)

- Erhöhtes Sterberisiko ¹²
- Insulinresistenz (33% der Patienten) mit erhöhtem Diabetesrisiko ¹³
- Erhöhtes Krebsrisiko, insbesondere Brust- und Leberkrebs, Meningiom (Hirnhauttumor) und Leberschäden. 26-mal höhere Wahrscheinlichkeit, an Hodenkrebs zu erkranken (1 von 100 Patienten) ¹⁴
- Deutliche Gewichtszunahme und Umverteilung von Körperfett
- Thrombose (5% der Transfrauen, 22-mal höher als bei cis-Männern) ¹⁵
- Kardiovaskuläre Komplikationen, Sterblichkeitsrate 2,6-mal höher ¹²
- Starke Verringerung der Muskelmasse
- Permanente Unfruchtbarkeit (sehr häufig) ¹⁶
- Veränderungen der sexuellen Funktion, Impotenz ¹⁷
- Fortschreitender Verlust der Knochendichte



Postoperative Komplikationen (nach Vaginoplastik)

- Organprolaps (bis zu 7,5%) ¹⁸
- Harninkontinenz (bis zu 15%) ¹⁸
- Chronische Harnwegsbeschwerden (bis zu 20%) ¹⁸
- Tod durch Infektionen, Sterblichkeitsrate 9-mal höher ¹²
- Sexuelle Dysfunktion (bis zu 75%) ¹⁸
- Kein Orgasmus (Studien sind äußerst fehlerhaft und liefern verzerrte Zahlen aufgrund schlechter Methodologie)

Allgemeine Aspekte

- **11% der Männer (Transfrauen) mit einem Durchschnittsalter von 23 Jahren starben nach durchschnittlich 11 Jahren** ¹²
- Permanente Abhängigkeit von Hormonersatztherapie und medizinischer Überwachung ^{19,20}
- Erhebliches Risiko für schwere medizinische Komplikationen ^{9,11,12,13,14,15,16,18, 21,22,23,24,25,26,27}
- Hohe Wahrscheinlichkeit des permanenten Verlusts von Fortpflanzungs- und Sexualfunktionen ¹⁶
- Anhaltend erhöhtes Suizidrisiko nach der Transition, Sterblichkeitsrate 7-mal höher bei Männern ¹²
- Irreversible Veränderungen mit begrenzter Langzeitforschung, Auswirkungen sind nicht verstanden ²⁸
- Extrem begrenzte Möglichkeiten für Partnerschaften, was zu fehlender Intimität, Beziehungsstress und Depression führen kann
- **Kein nachgewiesener Nutzen für die psychische Gesund (PB und CSH, Operation)** ⁷

Frage an das Familienmitglied:

Haben Sie diese medizinischen Implikationen gründlich überprüft und festgestellt, dass dies der optimale Behandlungsweg ist, und sind Sie sich der möglichen Auswirkungen auf das ganze Leben bewusst?

Ja Nein

Frage an die Klinik:

Haben Sie diese medizinischen Implikationen gründlich überprüft, den Patienten darüber informiert und sind Sie überzeugt, dass dies die optimale Behandlung ist?

Ja Nein

Wenn ja, warum ist dies die optimalste Behandlung?

Dr. Stephen Levine - Die Realität hinter „Trans“-Jugendbewertungen (Denver, USA, 2023)

„Ich bitte sie, bevor sie mit den Hormonen beginnen, dass sie, wenn sie sich depressiv fühlen, die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass es an ihrer Transition liegt und an etwas anderem. Und ich möchte, dass sie die Kraft und den Mut haben, das zu erkennen, denn wie viele von uns im Leben, könnte es sein, dass sie einen Fehler gemacht haben. Soweit ich sehen kann, beenden Endokrinologen fast nie die Anwendung von Hormonen bei den Menschen, bei denen sie sie begonnen haben. Alle Detransitionierten, wenn man mit ihnen spricht, haben ihre Hormone selbst abgesetzt, nicht der Arzt. Selbst wenn sie depressiv sind, selbst wenn sie einen Suizidversuch unternommen haben, setzt der Arzt die Behandlung fort.“

10b. Frage zur Informierten Zustimmung (in Bezug auf weibliche Personen)

In der medizinischen Fachliteratur sind die folgenden potenziellen gesundheitlichen Komplikationen dokumentiert:*

Pubertätsblocker

- Permanente Beeinträchtigung der sexuellen Funktion, einschließlich Fertilität und keine Orgasmusfähigkeit ^{34,35,36}
- Langfristige Auswirkungen auf die Knochendichte (Osteoporose) und die Entwicklung zur erwachsenen Frau ¹⁰
- Negative Auswirkungen auf die neuropsychologische Funktion ¹⁰

Testosteron-Behandlung

- Erhöhtes Sterberisiko ¹²
- Fortschreitender Verlust der Knochendichte (14 % entwickeln Osteoporose, 22 % entwickeln Osteopenie) ²⁹
- Atrophie des Vaginalgewebes ²¹ und Harnwegsprobleme (87%) ^{22,30}
- Hysterektomie/Oophorektomie (Entfernung der Gebärmutter und Eierstöcke) in der Regel nach 3-5 Jahren Behandlung aufgrund chronischer Probleme erforderlich ²²
- Stoffwechsel-Störungen ²⁴ und Gewichtszunahme sowie Appetitveränderungen ²⁶
- Permanente Unfruchtbarkeit ²²
- Eierstockzysten und endometriale Komplikationen ²³
- Chronische Becken- und Genitalschmerzen ²³
- Bedeutende Stimmungs- und emotionale Veränderungen ¹⁰
- Schwere Leberkomplikationen ²⁵
- Beckenbodendysfunktion (PFD) (94%) ³⁰
- Sexuelle Dysfunktion (53%) ³⁰
- Anorektale Symptome (45%) ³⁰



Post-operative Komplikationen (nach Hysterektomie und Phalloplastik)

- Organprolaps (bis zu 4 %) ¹⁸
- Harninkontinenz (bis zu 50 %) ¹⁸
- Chronische Harnwegsbeschwerden (bis zu 37 %) ¹⁸
- Sexuelle Dysfunktion (bis zu 54 %) ¹⁸
- Kein Orgasmus (Studien sind äußerst fehlerhaft und liefern verzerrte Zahlen aufgrund schlechter Methodologie)

Allgemeine Aspekte

- **3% der Frauen (Transmänner) mit einem Durchschnittsalter von 30 Jahren starben nach durchschnittlich 5 Jahren** ¹²
- Permanente Abhängigkeit von Hormonersatztherapie und medizinischer Überwachung ^{19,20}
- Erhebliches Risiko für schwere medizinischer Komplikationen ^{9,11,12,13,14,15,16,18, 21,22,23,24,25,26,27}
- Hohe Wahrscheinlichkeit des permanenten Verlusts von Fortpflanzungs- und Sexualfunktionen ¹⁶
- Anhaltend erhöhtes Suizidrisiko nach der Transition, Sterblichkeitsrate 3,3-mal höher bei Frauen ¹²
- Irreversible Veränderungen mit begrenzter Langzeitforschung, Auswirkungen sind nicht verstanden ²⁸
- Extrem begrenzte Möglichkeiten für Partnerschaften, was zu fehlender Intimität, Beziehungsstress und Depression führen kann ...
- **Kein nachgewiesener Nutzen für die psychische Gesundheit (PB und CSH, Operation)** ⁷

Testosteron ist ein Arzneimittel mit mittlerem Abhängigkeitspotential

Eine vereinfachte Übersicht; für eine detailliertere Erklärung siehe die DEA-Drogenklassifizierung:³¹

Schedule I: Heroin, LSD, Marihuana, MDMA (Ecstasy), Peyote

Schedule II: Kokain, Methamphetamin, Methadon, Fentanyl, Dexedrin, Ritalin

Schedule III: Ketamin, Codein (in bestimmten Formulierungen), anabole Steroide, **Testosteron**

Schedule IV: Valium, Xanax, Tramadol

Schedule V: Hustensirups mit geringen Mengen an Codein

Es wird oft festgestellt, dass Mädchen, die Testosteron einnehmen, dies anfangs als eine positive Erfahrung empfinden. Das ist nicht überraschend, da Testosteron stimulierende Effekte haben kann, die denen anderer Drogen ähneln. Während die ersten Jahre wie eine „**Honeymoon-Phase**“ erscheinen mögen, treten mit der Zeit oft die mentalen und körperlichen Nebenwirkungen auf, was als die „**Katerjahre**“ beschrieben werden kann.

Frage an das Familienmitglied: Haben Sie diese medizinischen Implikationen gründlich überprüft und festgestellt, dass dies der optimale Behandlungsweg ist, und sind Sie sich der möglichen Auswirkungen auf das ganze Leben bewusst? Ja Nein

Frage an die Klinik: Haben Sie diese medizinischen Implikationen gründlich überprüft, den Patienten darüber informiert und sind Sie überzeugt, dass dies die optimale Behandlung ist? Ja Nein Wenn ja, warum ist dies die optimalste Behandlung?

Dr. Stephen Levine - Die Realität hinter „Trans“-Jugendbewertungen (Denver, USA, 2023)

„Ich bitte sie, bevor sie mit den Hormonen beginnen, dass sie, wenn sie sich depressiv fühlen, die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass es an ihrer Transition liegt und an etwas anderem. Und ich möchte, dass sie die Kraft und den Mut haben, das zu erkennen, denn wie viele von uns im Leben, könnte es sein, dass sie einen Fehler gemacht haben. Soweit ich sehen kann, beenden Endokrinologen fast nie die Anwendung von Hormonen bei den Menschen, bei denen sie sie begonnen haben. Alle Detransitionierten, wenn man mit ihnen spricht, haben ihre Hormone selbst abgesetzt, nicht der Arzt. Selbst wenn sie depressiv sind, selbst wenn sie einen Suizidversuch unternommen haben, setzt der Arzt die Behandlung fort.“

* Quellen auf Seite 19

Einige persönliche Fragen

1. Wie alt sind Sie?
2. Wie hoch ist Ihr Bildungsniveau?
3. Was war Ihre letzte berufliche Position?
4. Sind Sie religiös?
 Stark Ernsthaft Mittel Ich glaube an etwas Überhaupt nicht
5. Wie würden Sie Ihre politische Orientierung beschreiben?
 Links / Rechts / Mitte / Möchte ich nicht sagen
6. Wie stehen Sie zu Freiheiten wie gleichgeschlechtliche Ehe, Euthanasie, Abtreibung und medizinische Transition (sofern gut recherchiert)?

| | Gleichgeschlechtliche Ehe | Euthanasie | Abtreibung | medizinische Transition |
|--|---------------------------|------------|------------|-------------------------|
| Fantastisch, dass dies in unserem Land möglich ist | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Kein Problem damit | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Es ist mir egal, was andere tun | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bedenken/Beunruhigung | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Entschieden dagegen | 0 | 0 | 0 | 0 |

Quellen bei Fragen zur Informierten Zustimmung auf Seiten 17 und 18:

- 10 **Transgender Interventions Harm Children** <https://acpeds.org/transgender-interventions-harm-children>
- 11 Zinnia Jones (December 2018) **Use of puberty blockers in transgender girls, effects on genital tissue development, and vaginoplasty options** <https://genderanalysis.net/2018/12/use-of-puberty-blockers-in-transgender-girls-effects-on-genital-tissue-development-and-vaginoplasty-options/>
- 12 C.J.M. de Blok et al. (Sep 2021) **Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria** <https://www.transvisie.nl/wp-content/uploads/2021/09/lancet-mortality-transgender.pdf>
- 13 A. Maassen van den Brink & A.J. van Zonneveld (16 sep 2019) **De rol van hormonen bij migraine en diabetes** <https://www.zonmw.nl/nl/artikel/de-rol-van-hormonen-bij-migraine-en-diabetes#:~:text=Als%20je%20wilt%20onderzoeken%20wat,ontwikkelt%2C%20een%20voorstadium%20van%20diabetes>
- 14 E. M. Shanker et al. (2024) **Exploring the Incidence of Testicular Neoplasms in the Transgender Population: A Case Series** <https://meridian.allenpress.com/aplm/article/doi/10.5858/arpa.2024-0218-OA/503894>
- 15 M. Kerrebrouck et al. (20 Jan 2022) **Thrombophilia and hormonal therapy in transgender persons: A literature review and case series** <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9621226/>
- 16 Paula Amatoet al. **Fertility Details for Trans Women** <https://www.fertilityiq.com/fertilityiq/trans-feminine-fertility/fertility-details-for-trans-women#transition-and-fertility>
- 17 N. Fujita et al. (11 June 2024) **Association between sex hormones and erectile dysfunction in men without hypoandrogenism** <https://www.nature.com/articles/s41598-024-64339-3>
- 18 M. Dominoni et al. (14 Nov 2024) **Pelvic floor and sexual dysfunctions after genital gender-affirming surgery: a systematic review and meta-analysis** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39545366/#:~:text=Sexual%20dysfunctions%20were%20reported%20by,irritative%20symptoms%20up%20to%2037%25>
- 19 M. Fradd **How the Medical World Is Creating Lifelong Patients** <https://pintswithaquinas.com/how-the-medical-world-is-creating-lifelong-patients>
- 20 M. den Heijer **Long term hormonal treatment for transgender people** <https://www.bmj.com/content/bmj/359/bmj.j5027.full.pdf>
- 21 P. J. Cheng et al. (June 2019) **Fertility concerns of the transgender patient** <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6626312/>
- 22 **Information on Cleveland Clinic website** <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/15500-vaginal-atrophy>
- 23 Juno Obedin-Maliver (June 2016) **Pelvic pain and persistent menses in transgender men** <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/pain-transmen>
- 24 Leila Hashemiet al. (June 2024) **Gender-Affirming Hormone Treatment and Metabolic Syndrome Among Transgender Veterans** <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2820670>
- 25 **Liver Care for Transgender and Gender-Diverse Individuals** <https://www.uchicagomedicine.org/conditions-services/transgender-care-services/liver-disease-care>
- 26 J. Mitchell (19 Aug 2021) **Testosterone linked to weight gain and higher rates of obesity among transmasculine people; physicians should monitor long term weight changes in transgender patients** <https://www.bidmc.org/about-bidmc/news/2021/08/study-reveals-gender-affirming-hormone-therapies-impact-obesity-transgender-individuals>
- 27 E. Abbruzzeseet al. (2 Jan 2023) **The Myth of “Reliable Research” in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed** <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2022.2150346>
- 28 Helene Frances Hedian **Gender-Affirming Hormone Therapy (GAHT)** <https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/gender-affirming-hormone-therapy-gaht>
- 29 G. Giacomelli et al. (27 May 2022) **Bone health in transgender people: a narrative review** <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20420188221099346>
- 30 Lyvia Maria Bezerra da Silva et al. (24 April 2024) **Pelvic Floor Dysfunction in Transgender Men on Gender-affirming Hormone Therapy: A Descriptive Cross-sectional Study** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38662108/>
- 31 DEA United States Drug Enforcement Administration **Drug Scheduling** <https://www.dea.gov/drug-information/drug-scheduling>
- 32 Melissa Rudy (April 2024) **Puberty blockers could cause long-term fertility and health issues for boys, study finds: ‘May be permanent’** <https://www.foxnews.com/health/puberty-blockers-could-cause-long-term-fertility-health-boys-study-may-be-permanent>
- 33 Murugesh et al.. 2024 **Puberty Blocker and Aging Impact on Testicular Cell States and Function** <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2024.03.23.586441v1>
- 34 D. Ehrensaf (2017) **Gender nonconforming youth: current perspectives** <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5448699/>
- 35 Bangalore Krsihna K. et al. (July 2019) **Use of Gonadotropin-Releasing Hormone Analogs in Children: Update by an International Consortium** <https://www.karger.com/Article/FullText/501336>
- 36 **Marci Bowers, President of WPATH, talking about Puberty Blockers**, YT, 29.06.2023 <https://www.youtube.com/watch?v=kuwOx9YdHXy>

| | Name des Familienmitglieds oder Freundes | Verhältnis zur Person |
|----|--|-----------------------|
| A: | | |
| B: | | |
| C: | | |
| D: | | |
| E: | | |
| F: | | |
| G: | | |
| H: | | |
| I: | | |
| J: | | |
| K: | | |
| L: | | |

Verwenden Sie die folgenden Farbcodes, um die Antworten zu kennzeichnen: **Ja: Grün** **Nein: Rot** **Beides/Unklar: Orange**

Teil 1 - Basierend auf DSM-5-TR

| Gegenwart | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Frage 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vergangenheit | | | | | | | | | | | | |
| Frage 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Teil 2

ROGD-Indikator

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Frage 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Zusätzliche Fragen

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Frage 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Frage 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Frage zur Informierten Zustimmung

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Medizinische Transition? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Unterschrift der Eltern:

Datum:

Der Fragenkatalog für Eltern

Eine Analyse der koexistierenden Gesundheitsprobleme

Untersuchung in der Genderklinik vor Beginn der affirmativen Behandlung

Genderbezogene Themen sind komplex. Möglicherweise verstehen Sie oder ihr Umfeld nicht alle Aspekte. Zögern Sie nicht, um Hilfe zu bitten. Wenden Sie sich an andere Eltern. Stellen Sie Fragen in relevanten Online-Gruppen. Wenden Sie sich an Organisationen, die auf genderkritische Themen spezialisiert sind.

Mögliche koexistierende Gesundheitsprobleme

Als Elternteil geben Sie bitte an (in der grünen „ja / nein“-Spalte), ob Sie folgende Merkmale beobachten, die möglicherweise für die selbst angegebene Gender-Inkongruenz Ihres Kindes relevant sind (kreuzen Sie alle zutreffenden an).

Fragen Sie bitte die Klinik für jedes beobachtete Merkmal, ob sie dies ebenfalls in ihrer Einschätzung berücksichtigen.

Wichtigste und häufigste Begleiterkrankungen

| | Familie: | Klinik: |
|---------------------------|-----------|-----------|
| Verinnerlichte Homophobie | ja / nein | ja / nein |
| Selbsthass | ja / nein | ja / nein |
| Autismus | ja / nein | ja / nein |
| Einsamkeit | ja / nein | ja / nein |

Symptome von ROGD

| | | |
|--|-----------|-----------|
| Das Coming-out als 'trans' war völlig unerwartet | ja / nein | ja / nein |
| Das Coming-out entspricht nicht dem erwarteten Bild einer „Trans-Person“ | ja / nein | ja / nein |
| Soziale Ansteckung durch Freunde | ja / nein | ja / nein |
| Soziale Ansteckung durch das Internet | ja / nein | ja / nein |
| Psychische Verschlechterung nach dem Coming-out | ja / nein | ja / nein |
| Plötzliche Zunahme des Lügens | ja / nein | ja / nein |
| Plötzliche Veränderungen im Verhalten nach dem Coming-out | ja / nein | ja / nein |
| Scham oder Zögern, sich als das andere Geschlecht auszudrücken (z. B. gegenüber der Familie) | ja / nein | ja / nein |
| Schaffung zweier separater Welten (Zuhause/Familie vs. Freunde oder Schule, Triangulation) | ja / nein | ja / nein |
| Auf der Suche nach Aufmerksamkeit (daher die Behauptung, „trans“ oder „nicht-binär“ zu sein) | ja / nein | ja / nein |

Traumata

| | | |
|---|-----------|-----------|
| Mobbing-Erfahrungen, jetzt oder in der Vergangenheit | ja / nein | ja / nein |
| Probleme durch Scheidung der Eltern | ja / nein | ja / nein |
| Teenager-Ängste | ja / nein | ja / nein |
| Erfahrungen von sexuellem Missbrauch in der Vergangenheit | ja / nein | ja / nein |
| Erfahrung von körperlicher Gewalt | ja / nein | ja / nein |

Unreife, soziale Probleme und Beziehungs-Probleme

| | | |
|---|-----------|-----------|
| Unreifes oder kindliches Verhalten | ja / nein | ja / nein |
| Wenig oder keine Erfahrung mit Freunden oder Partnern | ja / nein | ja / nein |
| Zurückhaltung, andere zu berühren (auch potenzielle Partner) | ja / nein | ja / nein |
| Abneigung gegenüber Heteronormativität (oder z. B. gegenüber „dem Patriarchat“, wenn es männlich ist) | ja / nein | ja / nein |
| Extreme politische Überzeugungen | ja / nein | ja / nein |

Psychische Probleme

| | | |
|--|-----------|-----------|
| Frühere Diagnose einer Störung (basierend auf dem DSM) | ja / nein | ja / nein |
| ADHS oder ADS (Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom) | ja / nein | ja / nein |
| Körperdysmorphie Störung (BDD) (Unzufriedenheit mit Körperteilen) | ja / nein | ja / nein |
| Selbstverletzung (z. B. Schneiden, Kratzen, Anorexie, Bulimie, ...) | ja / nein | ja / nein |
| Bindungsangst | ja / nein | ja / nein |
| Sexuelle Ängste | ja / nein | ja / nein |
| Anzeichen von narzisstischen Zügen (überhöhtes Selbstbild oder Peter-Pan-Syndrom) | ja / nein | ja / nein |
| Anzeichen von Borderline-Zügen (Triangulation, Selbstverletzung, Drohungen mit Kontaktabbruch) | ja / nein | ja / nein |
| Fiktive Störung (ICD 6D50, DSM-5-TR 300.19) (mögliche andere Ursache als trans) | ja / nein | ja / nein |
| Falls weiblich: Ausgesprochene Feindseligkeit gegenüber konventionell maskulinen Männern | ja / nein | ja / nein |
| Falls männlich: Ausgesprochene Feindseligkeit gegenüber konventionell femininen Frauen | ja / nein | ja / nein |
| Transmaxxing ³⁷ | ja / nein | ja / nein |
| Autogynophilie ³⁸ Transvestitischer Fetischismus (Eine Paraphilie, im DSM-5-TR 302.3 (F65.1)) | ja / nein | ja / nein |
| Andere nicht näher bezeichnete Merkmale 1: | ja / nein | ja / nein |
| Andere nicht näher bezeichnete Merkmale 2: | ja / nein | ja / nein |
| Andere nicht näher bezeichnete Merkmale 3: | ja / nein | ja / nein |

Frage an den Kliniker:

Bitte geben Sie Für jeden Punkt, der sich von der elterlichen Sicht unterscheidet, bitte Ihre klinische Begründung an, warum Ihre Einschätzung von den Beobachtungen der Familie abweicht.

³⁷ **Transmaxxing** ist ein umstrittenes Phänomen, bei dem Männer, hauptsächlich aus den „Incel“- (unfreiwillig zölibatär) Online-Communities, eine medizinische Transition anstreben, um so vermeintliche soziale Vorteile zu erlangen, und nicht aufgrund von genderbezogenen Problemen, wie z. B. eine bessere soziale Behandlung oder der Flucht vor gesellschaftlichen männlichen Druck.

³⁸ **Autogynephilia (AGP)** ist eine Paraphilie bei Männern, die durch sexuelle Erregung beim Gedanken, eine Frau zu sein, gekennzeichnet ist. Diese Bedingung kann zu problematischen Ergebnissen führen, wenn chirurgische Eingriffe durchgeführt werden, da Verfahren wie Kastration zu einer verringerten Libido führen können, was meist zu erheblichem Bedauern führt. AGP stellt eine paraphile Störung dar und keine Genderidentität, weshalb eine gender-affirmative Behandlung nicht zu empfehlen ist (Dr. Az Hakeem - *DETRANS: When Transition Is Not the Solution*)

Zusätzliche Fragen für den Spezialisten bezüglich ethischer und medizinischer Verantwortung

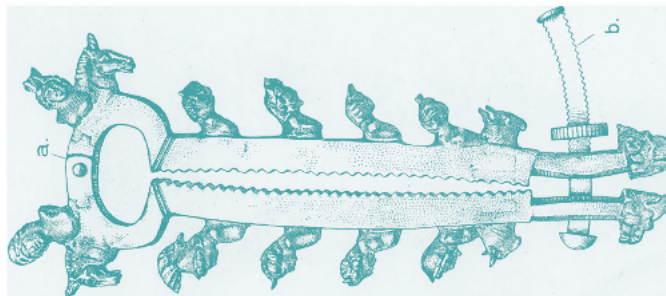
Die aktuellen gender-affirmativen Behandlungs- bzw. Behandlungsprotokolle zeigen ein bemerkenswertes Fehlen klinischer Leitlinien bezüglich der langfristigen Auswirkungen auf **intime Beziehungen** und **die sexuelle Funktion**. Diese kritische Lücke muss dringend geschlossen werden, insbesondere da die Verfahren dauerhafte physiologische Veränderungen mit sich bringen.

1. Welches dokumentierte Protokoll verwendet die Klinik, um genderbezogene Notlagen auf der Grundlage objektiver klinischer Kriterien von anderen Störungen zu unterscheiden?
2. Wie stellt die Klinik sicher, dass körperverändernde Interventionen das intime Funktionieren oder andere wesentliche Aspekte des Lebens nicht dauerhaft schädigen?
3. Anhand welcher klinischen Kriterien lässt sich der selbstberichtete genderbezogene Leidensdruck einer Person validieren, und welche evidenzbasierte Unterstützung rechtfertigt diese Interventionen, da selbstberichteter Leidensdruck subjektiv und nicht messbar ist?
4. Bitte geben Sie Ihr Protokoll zur Genehmigung von bleibenden Eingriffen bei genderbezogenem Leiden an, insbesondere wenn ähnliche Eingriffe (z. B. Genitalverstümmelung oder freiwillige Amputation) bei anderen körperbezogenen Erkrankungen verboten sind. Was ist die evidenzbasierte Begründung für diese Unterscheidung?
5. Welche Protokolle legen medizinische Notwendigkeit und Informierte Zustimmung fest, insbesondere da keine Langzeitdaten vorliegen?
6. „In dubio abstine“ ist ein Grundprinzip der medizinischen Ethik. Entspricht die gender-affirmative Behandlung in ihrer Klinik diesem Prinzip?
7. Bitte lesen Sie die Anekdote des Vaters unten. Handelt es sich hier um eine Variante von Hannah Arendts „Banalität des Bösen“?
8. Die plastische Chirurgie folgt im Allgemeinen dem Prinzip der Erhaltung der natürlichen Form; zum Beispiel werden keine Schwänze hinzugefügt und keine Augen entfernt, um einen Zyklopen zu schaffen. Gilt dieser ethische Standard auch in Ihrem Protokoll? Wir fragen dies speziell in Bezug auf die Genderidentitäten nicht-binär, nullo und Eunuch. Ist es ethisch und rechtlich vertretbar, diese Identitäten chirurgisch zu behandeln?
9. Ist es ethisch vertretbar, Menschen bei der Erfüllung ihrer Wünsche zu unterstützen, wenn dies zu gesellschaftlichen Verwerfungen führt, wie zum Beispiel dem Zusammenbruch von Familien oder der Aushöhlung der Rechte von Frauen?
10. Ist es angesichts der erheblichen Einschränkungen bei der evidenzbasierten Validierung des gender-affirmativen Modells, ethisch vertretbar, von Familienmitgliedern zu verlangen, diesem Prozess zu vertrauen?

Logisches Denken, bitte antworten

11. Wenn Genderidentität sowohl angeboren als auch unveränderlich ist, wie es die Gender-Theorie nahelegt und dennoch auch fließende Identitäten einschließt, wie können dann angesichts dieses inhärenten Paradoxons medizinische Interventionen als notwendig erachtet werden, ohne gegen die Prinzipien „do no harm“ und „in dubio abstine“ zu verstoßen?
12. Gender-affirmierende Behandlung: Wenn Genitalien das Gender nicht definieren, wie kann es dann durch ihre Entfernung bestätigt werden?

Diese Fragen zielen darauf ab, den Prozess der klinischen Argumentation und die Dokumentation der aktuellen Behandlungsprotokolle zu klären.



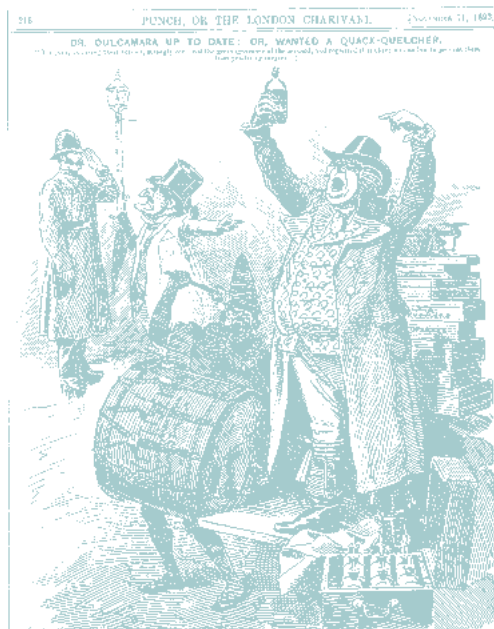
Vater stellt Fragen in der niederländischen Klinik

„Das Gespräch mit der klinischen Psychologin ging über die Frage hinaus, welcher Prozentsatz der Menschen, die transitioniert sind, diese bedauern. Diese Frage ist unvollständig. Die eigentliche Frage sollte sein, ob sich die Lebensqualität der Menschen durch die medizinische Transition verbessert hat. Und hier kommt die bemerkenswerteste Aussage der klinischen Psychologin: **‘Transitioniert zu sein macht nicht glücklich.’** Wir antworteten: **‘Hä? Warum machen wir das dann?!’** Die klinische Psychologin wiederholte diese Aussage mehrmals während unseres Gesprächs. Wir waren schockiert, dies so offen zu hören. **Wir verstehen es immer noch nicht.**“

14 Wissenschaftliche Fragen

Die bemerkenswerte Liste von Dr. Stephen Levine, die wir in der Einleitung zitiert haben, wirft **14 entscheidende wissenschaftliche Fragen** auf. Mit diesen Fragen können Eltern ein kritisches und konstruktives Gespräch mit Fachleuten über die Annahmen führen, die dem gender-affirmativen Behandlungsmodell zugrunde liegen.

1. Ist es wirklich so, dass eine Transidentität, einmal festgestellt, für immer unveränderlich bleibt?
2. Können Sie beweisen, dass Transidentitäten hauptsächlich durch pränatale biologische Faktoren verursacht werden?
3. Wie erklären Sie, dass sexuelle Orientierung völlig unabhängig von der Genderidentität sein soll, obwohl die Entwicklung von beidem oft miteinander verbunden zu sein scheint? Verhindert eine frühe Medikalisierung nicht das Entdecken von Homosexualität?
4. Ist es tatsächlich wahr, dass keine Form der Genderidentität ein Symptom eines zugrunde liegenden psychologischen Problems sein kann?
5. Wie können Sie sagen, dass Genderdysphorie eine ernsthafte medizinische Erkrankung ist, aber dass eine Behandlung nur notwendig ist, wenn der Patient dies wünscht?
6. Sind die emotionalen Probleme von Kindern mit Genderdysphorie ausschließlich auf Diskriminierung zurückzuführen, oder spielen andere zugrunde liegende Faktoren eine Rolle?
7. Warum wird häufig behauptet, dass es keine effektiven Alternativen zur affirmativen Behandlung gibt, obwohl andere Ansätze existieren?
8. Ist jeder Versuch einer Psychotherapie wirklich mit Konversionstherapie gleichzusetzen, und warum sollte dies verboten werden? Ist nicht die medizinische Transition eine Konversion des geschlechtlichen Körpers?
9. Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage wird behauptet, dass affirmative Behandlung nachhaltige Verbesserungen der psychischen Gesundheit und der sozialen Funktion bewirkt?
10. Haben Sie Beweise dafür, dass affirmative Behandlung langfristig suizidale Gedanken und Selbstmordraten tatsächlich verringert?
11. Wie sicher sind Sie, dass junge Teenager und Jugendliche wissen, was sie in Zukunft glücklich machen wird?
12. Kann das Erfüllen der diagnostischen Kriterien für Genderdysphorie wirklich eine positive Ausgangslage für eine affirmative Behandlung garantieren?
13. Wenn Reue und Detransition selten sind, wie erklären Sie dann die zunehmende Anerkennung von Detransition in den letzten Jahren?
14. **Die 13 vorhergehenden Fragen bilden den Kern der gängigen Behauptungen über affirmative Behandlung. Wenn die Ideen selbst nicht wahr oder wissenschaftlich fundiert sind, wie können wir dann den darauf basierenden Interventionen vertrauen?**



Eine Diagnose anhand der DSM-5-TR-Kriterien ist eine Momentaufnahme

Eine Diagnose anhand der DSM-5-TR-Kriterien bezieht sich auf einen bestimmten Zeitpunkt, d.h. sie ist eine Momentaufnahme. Sie ist keine abschließende Beurteilung, ob die diagnostizierte Person weiterhin eine transsexuelle Entwicklung macht oder nicht bzw. ob sie im Erwachsenenalter dauerhaft transsexuell bleibt. Aufgrund einer solchen temporär gültigen Beurteilung ist es äußerst riskant, drastische irreversible medizinische Maßnahmen zu empfehlen. Neben dem Unbehagen, den Akzeptanzschwierigkeiten oder der dauerhaften Non-Konformität mit üblichen geschlechtsbezogenen Rollenerwartungen, die die Kriterien für Genderdysphorie im DSM-5-TR dominieren, gibt es viele weitere Ursachen bzw. Erscheinungsformen von Genderdysphorie, so nennt Korte (S. 210) einige Beispiele:

- Genderdysphorie als Ausdruck eines vorübergehenden **Altersrollenkonflikts** resp. einer Anpassungsstörung im Rahmen von Adoleszenz- oder sexuellen Reifungskrisen (d. h. infolge eines Scheiterns an pubertären Entwicklungsaufgaben).
- Genderdysphorie infolge einer abgewehrten/verdrängten, **ichdystonen Homosexualität** oder im Kontext von **sexuellen Präferenzbesonderheiten** (wobei letzteres als Motiv fast ausschließlich bei biologisch männlichen Betroffenen eine Rolle spielt).
- Genderdysphorie **bei anderen schweren psychischen Erkrankungen**, z. B. einer Autismus-Spektrum-Störung, oder als traumakompensatorisches Reaktionsmuster oder als Teil einer übergeordneten Identitätsdiffusion bei Persönlichkeitsstörung.

Zudem schafft das gender-affirmative Vorgehen eine Situation, die es deutlich erschwert oder gar unmöglich macht, im Falle von Zweifeln oder der Überwindung des Identitätskonflikts wieder zum Geburtsgeschlecht zurück zu kehren. Möglicherweise wird eine transsexuelle Entwicklung als vermeintlich einzige Option aktiv forciert, in diesem Sinne ist „der einmal aufs Gleis gesetzte Zug nicht mehr (oder nur noch schwer) zu stoppen“ (Korte S. 245)*

Frage an die Klinik:

Was ist Ihre Begründung, diese Argumente zu ignorieren?

Ihre Antwort bitte:



Einige wichtige Schritte

Schreiben Sie die Geschichte und Ihre Ansichten zu diesem Thema auf

Wir empfehlen Ihnen, Ihre Gedanken in einem detaillierten Brief zu ordnen. Beschreiben Sie, wie es zu der Situation gekommen ist, schildern Sie die Verhaltensmerkmale Ihres Kindes und teilen Sie Ihre Sichtweise der Dinge mit, die Ihrer Meinung nach vor sich gehen. Übermitteln Sie diesen Brief sowohl an die Genderklinik als auch an Ihren Hausarzt. **Senden Sie eine gedruckte Version per Einschreiben mit Rückschein zur offiziellen Dokumentation und eine Kopie per E-Mail für schnellere Kommunikation.**

Melden Sie Anzeichen von Scham, problematischem Verhalten und unrealistischen Erwartungen

Wenn die Befragungsergebnisse auf Scham im Zusammenhang mit dem Genderausdruck (oder anderen problematischen Verhaltensindikatoren) hindeuten, muss die Gender-Klinik dieses Thema angehen. Alle von Ihnen oder von anderen Angehörigen geäußerte Bedenken sollten eine klare und logische Nachverfolgung nach sich ziehen, bei dem der Ansatz der Klinik erläutert wird. **Scham ist grundsätzlich unvereinbar mit der Medikalisierung**, da sie iatrogene Schäden hervorrufen kann, wenn körperliche Veränderungen durch medizinische Interventionen spürbar werden. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die betroffene Person ihre Schamgefühle überwindet, bevor weitere Schritte unternommen werden.

Ihr Hausarzt ist Ihr Verbündeter

Teilen Sie Ihrem Hausarzt Ihre Bedenken in einem schriftlichen Dokument mit, und stützen Sie sich dabei auf glaubwürdige Quellen, die Ihre Bedenken bestätigen. Die anhaltende medizinische Kontroverse über die gender-affirmative Behandlung ist noch nicht abgeschlossen. Viele Hausärzte sind möglicherweise noch nicht vollständig informiert und verlassen sich oft auf das Vertrauen in die Kliniken – ein Phänomen, das als „Vertrauensketten“ bekannt ist. Es liegt in Ihrer Verantwortung, die von Ihnen in der Literatur festgestellten Mängel der gender-affirmativen Behandlung darzustellen.

Teilen Sie Ihrem Hausarzt außerdem mit, wie Sie sich als Elternteil in der Klinik behandelt fühlen, insbesondere wenn Ihre Ansichten nicht ernst genommen werden oder wenn Sie von Diskussionen über die Behandlung Ihres Kindes ausgeschlossen werden.

Welches Wissens- und Erfahrungsstand hat der Facharzt?

Erstellen Sie eine Liste von Fragen und bitten Sie um schriftliche Antworten. Fragen Sie den Spezialisten nach den Quellen, die Sie gelesen haben. Hat der Spezialist diese Literatur ebenfalls überprüft? Wenn nicht, was qualifiziert ihn als Experten? Wie hoch ist der Wissens- und Erfahrungsstand des Experten?

Bitten Sie die Genderklinik, den Hausarzt zu konsultieren

Es ist ratsam, die Klinik zu bitten, den Hausarzt zu konsultieren, um dessen Perspektive einzubeziehen. **Wenn die Meinung des Hausarztes von der der Genderklinik abweicht, sollte diese nicht ohne klare und logische Erklärung abgelehnt werden.** Eine solche Aufforderung ermutigt die Klinik, transparent und verantwortungsbewusst zu handeln, was dazu beiträgt, potenzielle rechtliche Probleme in der Zukunft zu vermeiden.

Senden Sie Kopien der Fragebögen an Ihren Hausarzt und die Krankenversicherung

Wir empfehlen, die ausgefüllten Fragebögen **an Hausärzte und Krankenversicherung** zu senden, um sicherzustellen, dass alle Beteiligten gut über die komplexen Fragen im Zusammenhang mit der medizinischen Transition informiert sind. Da eine Diagnose von Genderdysphorie nicht objektiv gemessen werden kann, ist es entscheidend, die Befragungsergebnisse auch der Krankenversicherung mitzuteilen, insbesondere wenn sie von der Selbstdiagnose Ihres Kindes abweichen. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Klinik zur Rechenschaft gezogen wird, um zu erklären, warum die Selbstdiagnose Vorrang vor der Sichtweise der Familie hat und um zu begründen, warum medizinische Interventionen, die erhebliche gesundheitliche Risiken verbunden sind, als einzige praktikable Lösung angesehen werden. **Senden Sie den Brief in einer gedruckten Version per Einschreiben mit Rückschein und leiten Sie ihn zur schnelleren Zustellung auch per E-Mail weiter.**



Betreten eines rechtlichen Minenfeldes

Sobald eine Diagnose gestellt wurde, muss die klinische Stellungnahme die oben genannten Bedenken eindeutig widerlegen. Es ist entscheidend, dass alle potenziellen Faktoren, die von der betroffenen Person selbst angegebenen Gender-Inkongruenz beitragen, gründlich untersucht werden. Die Berücksichtigung dieser Faktoren könnte zur Lösung der bestehenden Probleme führen und möglicherweise irreversible medizinische Eingriffe überflüssig machen.

Außerdem muss nachgewiesen werden, inwieweit koexistierende Begleiterkrankungen vorliegen und warum die Diagnose der Genderdysphorie im aktuellen Fall keine diagnostische Überschattung darstellt. Eine sorgfältig dokumentierte Untersuchung, die sich mit den koexistierenden Begleitumständen befasst, ist von entscheidender Bedeutung, insbesondere angesichts der drastischen und irreversiblen Eingriffe, die von Kliniken vorgenommen werden. **Wir haben klare Hinweise darauf, dass solche Berichte derzeit fehlen, was zu erheblichen rechtlichen Problemen führen könnte.** Krankenversicherungen scheinen sich dieser Probleme nicht bewusst zu sein. Sobald sie davon erfahren, werden sie wahrscheinlich grundlegende Fragen stellen, um rechtliche und finanzielle Risiken zu vermeiden. Die Übermittlung der Ergebnisse der Befragungen an die Krankenversicherungen trägt zur Sensibilisierung bei.

Darüber hinaus dürfen wir nicht vergessen, dass das langfristige Wissen und die Nähe der Eltern zum Kind im Entscheidungsprozess häufig nicht berücksichtigt werden. Diese systematische Nichtberücksichtigung des elterlichen Inputs wirft erhebliche medizin-rechtliche Bedenken auf. **Wie ist es möglich, dass Genderkliniken diese wichtige klinische Informationsquelle systematisch ignorieren?**

Da diese Befragungsergebnisse nun verfügbar ist, stellt sich die Frage, wann und ob elterliche Eindrücke berücksichtigt wurden. Können Kliniken nachweisen, dass dies in vergangenen Fällen angemessen geschehen ist? Und wie stimmen historische klinische Entscheidungen mit den Ergebnissen der Familien überein, die die systematische Befragung abgeschlossen haben?

Es ist zu erwarten, dass diese Befragungen erhebliche Herausforderungen für die Genderkliniken schaffen, insbesondere zumal deutlich wird, dass die Eindrücke und das Wissen von Eltern systematisch ignoriert werden. Es kann nicht länger behauptet werden, dass elterliche Beiträge irrelevant sind, insbesondere jetzt, da es konkrete Beweise für den Wert und die Auswirkungen unserer Informationen durch diese Fragenkataloge und Ihre kollektiven Antworten auf diese Fragen gibt.

Wenn die Klinik mit weiteren medikamentösen und chirurgischen Behandlungen fortfahren möchte, bitten wir Sie als Eltern, jede Frage des Fragenkatalogs Punkt für Punkt zu beantworten und die Antworten an die unten angegebene Adresse zu senden.

Elterliche Stellungnahme

Mit dieser Erklärung geben wir als Eltern eine klare Warnung ab, dass wir der Ansicht sind, dass „gender-affirmative Behandlung bzw. Versorgung“ bei unserem Kind nicht fortgesetzt werden sollte.

Sollte sich die Klinik auf den Datenschutz bzw. die Privatsphäre des Patienten berufen, werden wir dieses Dokument an unseren Hausarzt und die Krankenversicherung weiterleiten. Auf diese Weise können diese Parteien mit der Klinik zusammenarbeiten, um eine wohlüberlegte Entscheidung zu treffen. Das bedeutet, dass alle Beteiligten mitverantwortlich sind, sollte es bei oder nach der Behandlung zu Komplikationen kommen, es sei denn, sie raten ebenfalls davon von einer Behandlung ab. Es ist fair, dass im Falle eines Schadens eine Entschädigung und/oder eine rekonstruktive medizinische Behandlung nach dem Willen des Patienten erfolgt.

Name des Elternteils/Verwandten:
[Vorname, Nachname]

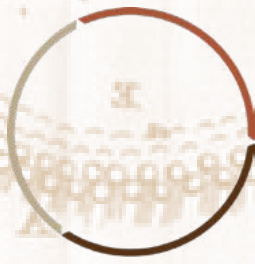
Datum:
[Datum der Stellungnahme]

Adresse:
[Adresse: PLZ, Ort, Straße Nr.]

Unterschrift des Elternteils/Verwandten:
[Bitte hier unterschreiben]



Unterstützt von



memoma
VÖRZIJ
voor vrouwen

MY CHILD
IS NOT
YOUR CANVAS.

YPOMONI 
POUR UNE APPROCHE ÉTIQUE DES QUESTIONS DE GENRE

Genspect

Genspect

PARENTS

with **INCONVENIENT TRUTHS** about **TRANS**



BEYOND TRANS

GDSN

STATSFOR GENDER.ORG

GENDERPUNT

LGB ALLIANCE

Stephanie Davies-Arai - Direktorin von Transgender Trend

*„In den ersten Jahren habe ich mit **Eltern** gesprochen, die nicht nur ein ernstes Problem mit ihrem (genderdysphorischen) Teenager hatten, sondern die die ganze Welt gegen sich hatten, die sie zudem für engstirnig und intolerant hielt.*

Wenn Eltern Probleme mit Teenagern haben, handelt es sich üblicherweise darum, dass das Kind in falsche Freundeskreise gerät, Probleme mit Drogen, Alkohol, Sexualität, etc. hat. All diese typischen Teenagerprobleme sind bekannt und Eltern bekommen Unterstützung in der Gesellschaft um sie herum, Leute, die etwas Mitleid haben, einige, die einen beschuldigen, dennoch bekommen Eltern immerhin Mitgefühl. Sie können mit Freunden sprechen. Aber ich sprach mit Eltern (von ROGD-Teenagern), die nicht einmal mit ihren Freunden reden konnten, weil sie Angst hatten, für engstirnig oder transphob gehalten zu werden.“

Dr. Stephen B. Levine - Psychiater

„Eltern (von transidentifizierten Kindern) müssen einfach die Gelegenheit bekommen, zu reden und ihre Ansichten mitzuteilen. Fachleute für psychische Gesundheit müssen ihren minderjährigen Patienten helfen, zu reden.

Das gilt sogar für sehr intelligente Patienten, weil ihnen ein tiefes Verständnis für sich selbst fehlt. Und gleichzeitig fehlt ihnen auch ein tiefes Verständnis für andere. Sie haben nicht über ein ausreichendes Vokabular für psychologische Phänomene, und sie haben natürlich nur begrenzte Lebenserfahrungen, um ihre eigenen Erfahrungen zu beurteilen.

Die überwältigende Mehrheit der Eltern, mit denen ich in über 50 Jahren gearbeitet habe, liebt ihr Kind zutiefst. Sie sind nicht der Feind des Kindes. Dass Jugendliche Eltern als Feinde wahrnehmen, spiegelt ihr begrenztes, unreifes Verständnis wider.“