



Kleine Anfrage

des Abgeordneten Claus Schaffer (AfD)

und

Antwort

der Landesregierung – Minister für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren

Anzahl von gegengeschlechtlichen Hormontherapien in Schleswig-Holstein

Vorbemerkung des Fragestellers:

Leidet eine Person unter der fehlenden oder beeinträchtigten Übereinstimmung von Geschlechtsidentitätserleben mit den Geschlechtsmerkmalen des Körpers, wird dies als Geschlechtsdysphorie bezeichnet. Besteht aufgrund einer solchen Geschlechtsinkongruenz ein relevanter Leidensdruck, äußern die Betroffenen oft den starken Wunsch, die wahrgenommene Diskrepanz mit körperverändernden Maßnahmen zu verringern. Jugendpsychiater sind jedoch hoch alarmiert und sprechen von einem regelrechten "Trans-Hype", so die EMMA in einem Artikel vom 17.12.2019. (<https://www.emma.de/artikel/was-richten-wir-da-337375>)

Vorbemerkung des Antwortgebers:

Im Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen ist die Annahme einer Geschlechtsidentität ein komplexer und weitreichender Entwicklungsschritt. In vielen Fällen stimmen dabei biologisches Geschlecht (engl. sex) und empfundenes Geschlecht (engl. gender) überein. Es kann jedoch auch vorkommen, dass sich Kinder und Jugendliche nicht dem Geschlecht zugehörig fühlen, dass ihnen aufgrund ihres Körpers bei Geburt zugewiesen wurde. Dies kann für die betroffenen Kinder und Jugendlichen großes Leid bedeuten, da das Lebensumfeld eventuell mit Unverständnis und Ablehnung reagiert und/oder der eigene Körper als unpassend erlebt wird. Man spricht in diesem Fall von einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie, bzw. Transidentität, die von den Varianten der Geschlechtsentwicklung zu trennen sind.

Die Ursachen für Variationen in der Entwicklung der Geschlechtsidentität können vielfältig sein und sind noch nicht vollständig bekannt. Ziel einer psychotherapeutisch/medizinischen Behandlung soll jedoch sein, den bestehenden Leidensdruck zu reduzieren und Kindern und Jugendlichen eine positive Entwicklung zu ermöglichen. Es ist von einer 0,3-1,2% Häufigkeit bei Kinder und Jugendlichen auszugehen.

Vorbemerkung zu den Fragen 1 bis 3:

Diagnosen und Behandlungen zur Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie werden in der für die Erfassung anzuwendenden internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) erfasst (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information; www.dimdi.de). Die sozialrechtlich bindende Diagnoseklassifikation erfasst sowohl medizinische wie auch psychotherapeutische Diagnosestellungen und Behandlungen im Abschnitt psychische Störungen (F 64.0). Damit ist eine getrennte Auswertung von medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungen nicht möglich. Erst die für das Jahr 2022 vorgesehene Überarbeitung der internationalen Klassifikation und die Übernahme in deutsches Recht wird detaillierte Auswertungen ermöglichen.

Die Antworten zu den Fragen 1 bis 3 beziehen sich nur auf in Schleswig-Holstein durchgeführte Behandlungen.

1. Wie viele gegengeschlechtlichen Hormontherapien von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie wurden in Schleswig-Holstein in den Jahren 2015 bis jetzt 2020 durchgeführt? (Bitte gliedern Sie dies nach Alter Kinder bis drei Jahre, Kinder vier bis sechs Jahre, Kinder sieben bis 13 Jahre, Jugendliche 14 bis 18 Jahre.)

Antwort:

Eine detaillierte Auswertung ist nicht möglich. Grundsätzlich werden o.g. Hormontherapien erst mit Beginn der Pubertät begonnen. D. h. es gibt solche Therapien nur in der Altersklasse ab 14 Jahren. Insgesamt liegt die aktuelle Zahl der in Schleswig-Holstein in Behandlung befindlicher Jugendlicher in der Größenordnung von 10.

2. Wie viele biologischen Mädchen wurden mit gegengeschlechtlichen Hormonen in Schleswig-Holstein in den Jahren 2015 bis jetzt 2020 therapiert? (Bitte gliedern Sie dies nach Alter Kinder bis drei Jahre, Kinder vier bis sechs Jahre, Kinder sieben bis 13 Jahre, Jugendliche 14 bis 18 Jahre.)

Antwort:

Die Frage, was ein „biologisches Mädchen“ ist, ist heutzutage undifferenziert. Beispielsweise wäre auch eine Patientin mit 46XY Chromosomensatz aber komplett weiblicher äußerlicher Entwicklung aufgrund von inaktivierenden Mutationen im X-chromosomalen Androgenrezeptorgen ein „Mädchen“. Die Geschlechtsidentität ist dann immer „weiblich“ trotz „männlicher“ Chromosomen und ohne jede Behandlung.

Diese und viele weitere Diagnosen zählen zu den Disorders of Sex Development (DSD). Sie werden bei Erstvorstellung mit der Fragestellung Genderdysphorie in der Kinderendokrinologie durch körperliche Untersuchung, Sonographie, Hormonstatus und Chromosomenanalyse ausgeschlossen.

Für geburtsgeschlechtliche Mädchen mit 46XX Chromosomensatz „Transjunge“ liegt die Behandlung im genannten Zeitraum im einstelligen Bereich.

3. Wie viele biologischen Jungen wurden mit gegengeschlechtlichen Hormonen in Schleswig-Holstein in den Jahren 2015 bis jetzt 2020 therapiert? (Bitte gliedern Sie dies nach Alter Kinder bis drei Jahre, Kinder vier bis sechs Jahre, Kinder sieben bis 13 Jahre, Jugendliche 14 bis 18 Jahre.)

Antwort:

Die Definition eines „biologischen“ Jungen ist nicht möglich.

Wenn geburtsgeschlechtliche Jungen mit 46XY Chromosomensatz („Transmädchen“) gemeint sind, so wird diese Zahl auf einen sehr niedrigen einstelligen Wert geschätzt.

4. Wie hoch ist die Menge der an Kinder und Jugendliche verschriebenen Hormonpräparate?

Antwort:

Bei einer pubertätsarretierenden Hormontherapie wird eine Spritze eines GnRH-Analogons pro Monat injiziert. Patientinnen und Patienten erhalten 12 Spritzen pro Jahr. Bei der Testosterontherapie wird 1 x pro Monat Testosteron gespritzt. Ein Transjunge erhält somit 12 Spritzen pro Jahr. Bei der Östrogen-therapie erfolgt die Einnahme einer „Pille“. Dies erfolgt täglich. Östrogene werden als Tabletten eingenommen. Daher nimmt ein Transmädchen 365 Tabletten pro Jahr ein.

5. Was sind die Ziele der gegengeschlechtlichen Hormontherapien?

Antwort:

Durch die pubertätsbremsende Behandlung mit GnRH-Analoga wird der Leidensdruck gelindert, die Jugendlichen sind meist sehr erleichtert, weil die als „falsch“ empfundene Pubertät nicht voranschreitet. D.h., die Regelblutungen bleiben bei Transjungen aus bzw. die Virilisierung bei Transmädchen (Behaarung, Stimmbruch, kantiges Gesicht, Peniswachstum) schreitet nicht voran. Im Verlauf drängen diese auf eine gegengeschlechtliche (wunschgeschlechtliche) Hormontherapie, die ihrem sozialen Geschlecht und der Geschlechtsidentität entspricht. Ansonsten drohen erneut sozialer Rückzug und zunehmender psychosozialer Leidensdruck.

Durch die gegengeschlechtliche Hormontherapie wird angestrebt, die Lebbarkeit der bevorzugten Geschlechtsrolle zu verbessern und den bestehenden Leidensdruck unter den als unstimmtig empfundenen Körpermerkmalen zu verringern.

6. Welche Voraussetzungen gelten für gegengeschlechtlichen Hormontherapien?

Antwort:

Es gelten folgende Voraussetzungen:

- Kinder- und jugendpsychiatrische oder sexualmedizinische Diagnose einer gefestigten Transsexualität (F64.0 nach ICD-10).
- Kinder- und jugendpsychiatrische oder sexualmedizinische Indikationsstellung zur gegengeschlechtlichen Hormontherapie, dies beinhaltet die Feststellung der dafür notwendigen Entscheidungsreife des Jugendlichen.
- Unabhängiges kinder- und jugendpsychiatrisches oder sexualmedizinisches Zweitgutachten mit Befürwortung einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie.
- Unabhängige Einschätzung der Plausibilität durch die Kinderendokrinologie, Ausschluss endokrinologisch-somatischer Kontraindikationen, Ausschluss Disorder of Sex Development (DSD).
- Dauerhaft fortgesetzte und dokumentierte kinder- und jugendpsychiatrische bzw. sexualmedizinische Behandlungstermine.

Die Voraussetzungen beinhalten eine strenge Indikationsstellung, d.h. wenn nur eine dieser Voraussetzungen fehlt, erfolgt keine Therapie.

7. Was sind die Nebenwirkungen und mögliche Risiken von den zur gegengeschlechtlichen Hormontherapie eingesetzten Hormonen und Präparaten?

Antwort:

Patienten und ihre Eltern werden gründlich mündlich und schriftlich über die Folgen einer Hormontherapie aufgeklärt. Es handelt sich um erwünschte Wirkungen, um Nebenwirkungen und um Risiken:

Folgen einer Behandlung mit Testosteron: „Transjunge“

- Wachstum des Adamsapfels / Kehlkopfes und Einsetzen des Stimmbruchs evtl. bereits 6-8 Wochen nach Beginn der Behandlung (unwiederbringlich);
- Zunahme der Körperbehaarung (Oberlippenflaum, Behaarung an Armen, Beinen und Bauch), Entwicklung eines vollständigen Bartwuchses nach 2-3 Jahren (abhängig vom familiären Behaarungsmuster)
Möglicher Ausfall der Kopfbehaarung bei entsprechender Neigung dazu / bei entsprechender Empfindlichkeit des Kopfhaars (androgenetische Alopecie);
- Entwicklung kantiger Gesichtszüge im Verlauf;
- Zunahme der Körpermuskulatur und Veränderung der Fettverteilung (männliche Fettverteilung);
- Wachstum der Klitoris in unterschiedlichem Ausmaß (mehrere Zentimeter);
- Unreine Haut / Akne vulgaris (es kann eine ausgeprägte und behandlungsbedürftige Akne entstehen);
- Erhöhung der Anzahl roter Blutkörperchen (Polyglobulie, Polyzytämie) mit leicht erhöhtem Thromboserisiko;
- Gewichtszunahme;
- Schlafapnoe;

- Dauerhafte Infertilität (Unfruchtbarkeit) bei fortgesetzter Behandlung mit geschlechtsangleichenden Hormonen. Trotz Absetzen kann Testosteron die Fertilität nachhaltig beeinträchtigen. Deshalb wird vor Beginn der Behandlung eine reproduktionsmedizinische Beratung empfohlen;
- Evtl. vorzeitiger Verschluss der Epiphysenfugen (Wachstumsfugen) bei nicht abgeschlossenem Längenwachstum und drohender Kleinwuchs, insbesondere im Vergleich zur Körperhöhe ausgewachsener Männer.

Folgen einer Behandlung mit Östrogenen: „Transmädchen“

- Abnahme der Muskelmasse und Veränderung der Fettverteilung (weibliche Fettverteilung);
- Beginn eines Brustwachstums innerhalb von 3-6 Monaten, ein maximaler Effekt ist erst nach 2-3 Jahren in variablen Umfang zu erwarten;
- Sanfteres Hautbild / Abnahme des Fettgehaltes der Haut;
- Verdünnung und Abnahme der Körper- und Gesichtsbehaarung;
- Gewichtszunahme;
- Abnahme spontaner Erektionen und Libidoreduktion mit evtl. sexueller Funktionsstörung;
- Abnahme des Hodenvolumens & Spermienproduktion;
- Mögliche dauerhafte Infertilität (Unfruchtbarkeit) bei fortgesetzter Behandlung mit geschlechtsangleichenden Hormonen. Deshalb wird vor Beginn der Behandlung eine reproduktionsmedizinische Beratung empfohlen;
- Erhöhtes Risiko für thromboembolische Erkrankungen.