

19. Wahlperiode

Antrag

der AfD-Fraktion

Kinder und Jugendliche schützen: Nein zu Pubertätsblockern und anderen transgendermedizinischen Eingriffen bei Minderjährigen

Das Abgeordnetenhaus wolle beschließen:

Der Senat wird aufgefordert, sich über eine Bundesratsinitiative für den Stopp von transgendermedizinischen Eingriffen an Kindern und Jugendlichen einzusetzen. Aufgrund fehlender Datenlage und angesichts der potenziellen Gefahr einer Aggravation von Geschlechtsidentitätsstörungen (GIS) darf der Einsatz von entwicklungshemmenden (LHRH-Analoga) oder körperverändernden (Östrogene/Androgene) Hormontherapien aus medizinethischen Gründen nicht vor Abschluss der psychosexuellen Entwicklung erfolgen. Dies schließt auch den Einsatz im Rahmen von klinischen Studien ein. Stattdessen sollte, dem Beispiel anderer westlicher Länder folgend, für GIS ein primär psychotherapeutischer Ansatz gewählt werden.

Zudem wird der Senat aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass an Schulen eingesetzte Medien transgendermedizinische Eingriffe nicht einseitig als harmlose Routine und positive Option darstellen und Minderjährige die notwendige Medienkompetenz entwickeln, um Dargestelltes zu hinterfragen.

Dem Abgeordnetenhaus ist zum 31. Dezember 2024 zu berichten.

Begründung

Rapid Onset Gender Dysphoria – Zunahme der Fälle

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages stellen in ihrem Gutachten vom 18. Oktober 2023 über „Gesetzliche Verbote von Pubertätsblockern im Ausland“ fest: „Bereits

in den letzten Jahren ist der Fachliteratur zufolge weltweit ein erheblicher Anstieg der Zahl von Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen, die um medizinische Behandlung wegen Geschlechtsdysphorie ersuchen.“¹ Diese Entwicklung stelle kein ausschließlich deutsches Phänomen dar – so liege der Prävalenzanstieg bei den Transgenderidentitäten in vielen europäischen und angloamerikanischen Ländern seit dem Jahr 2000 bei mehr als 1.000 Prozent.²

Laut Ärzteblatt (12/2022) betrug die Zunahme der registrierten Minderjährigen, die eine hormonelle und chirurgische Geschlechtsumwandlung suchten, in einzelnen deutschen Medizinzentren sogar bis zu 4.500 Prozent innerhalb eines Jahrzehnts (2009–2018).³ Führende Experten und Psychiater auf dem Gebiet der Geschlechtsdysphorie sprechen angesichts dieser Entwicklung von „*Rapid Onset Gender Dysphoria*“⁴ (ROGD, deutsch: plötzlich einsetzende Geschlechtsdysphorie) bzw. von einem „Trans-Hype“, der sich wie folgt beschreiben lässt:

- Plötzliche Selbstdiagnose als trans während der Pubertät
- Soziale Ansteckung in Gleichaltrigengruppen (Häufung der Fälle in Schulklassen)
- Geschlechtsspezifische Diskrepanz (80 Prozent der Fälle sind Mädchen)
- Sprunghafter Anstieg der Fallzahlen, der medizinisch nicht zu erklären ist
- Sprache und Habitus der Trans-Teenager wirken schablonenhaft (Einfluss der Trans-Szene)
- Drei Viertel der betroffenen Jugendlichen waren schon wegen Ängsten, Depressionen oder Essstörungen in psychiatrischer Behandlung⁵

Fehlende Erkenntnisse zur Behandlung mit Pubertätsblockern und Offlabel-Use

Infolge des Medizinskandals um die Londoner Tavistock-Klinik hat der nationale Gesundheitsdienst in Großbritannien (NHS) im Oktober 2023 einen Entwurf für eine neue Behandlungsrichtlinie öffentlich zur Diskussion gestellt. Die „interim service specification“ legt fest, dass eine Behandlung mit Pubertätsblockern künftig nur noch im Rahmen einer klinischen Studie erfolgen soll. Der britische Gesundheitsdienst bekräftigte sodann im März 2024, dass entwicklungshemmende Medikamente künftig nicht mehr zur Behandlung eingesetzt werden, sondern nur noch für klinische Studien verwendet werden dürfen. Grund dafür ist die Feststellung, dass keine ausreichenden Daten und Erkenntnisse über die langfristigen Auswirkungen der Medikamente vorliegen.

Forscher des schwedischen Karolinska-Instituts zeigten sich in einem Artikel in der Zeitschrift *Acta Paediatrica* ebenso überrascht über den Mangel an Studien im Bereich der Anwendung von GnRH-Analoga bei Kindern mit Geschlechtsdysphorie.⁶ Verwundern muss das vor

¹ [Gesetzliche Verbote von Pubertätsblockern im Ausland](#), Deutscher Bundestag, WD 9 - 3000 - 064/23, 18.10.2023.

² Vgl. Martina Lenzen-Schulte: [Transition bei Genderdysphorie: Wenn die Pubertas gestoppt wird](#), in: Deutsches Ärzteblatt (2022), 119 (48), A-2134/B-1766.

³ Ebd.

⁴ Vgl. Lisa Littmann: [Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria](#), 16.08.2018, in: PLoS ONE 13 (8): e0202330; Vgl. Meredith Wadman: [New paper ignites storm over whether teens experience 'rapid onset' of transgender identity](#), in science.org, 30. August 2018.

⁵ Sächsischer Landtag, [Stenografisches Protokoll der Anhörung am 27. November 2023 im Ausschuss für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt](#), S. 8.

⁶ Jonas F. Ludvigsson, Jan Adolfsson, Malin Höistad, Per-Anders Rydelius, Berit Kriström, Mikael Landén: [A systematic review of hormone treatment for children with gender dysphoria and recommendations for research](#), in: *Acta Paediatrica*, 17. April 2023.

allem deshalb, wenn man den ursprünglichen Anwendungsbereich von GnRH-Analoga betrachtet.⁷ Die Verabreichung von Pubertätsblockern bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie erfolgt demzufolge im Off-Label-Use, d.h. in nicht bestimmungsgemäßer Verwendungsweise. Die Zeitschrift EMMA fragte dazu beim GKV-Spitzenverband nach, dem Dachverband der gesetzlichen Krankenkassen. Die Antwort lautet: „Das Bundessozialgericht erkennt einen Anspruch auf Behandlung mit Arzneimitteln im Off-Label-Use an, wenn es bei einer schweren Krankheit keine Behandlungsalternative gibt und nach dem Stand der Wissenschaft die begründete Aussicht besteht, dass mit dem Medikament – eine akzeptable Risikoeinschätzung vorausgesetzt – ein Behandlungserfolg erzielt werden kann. Der Einsatz der Arzneimittel ist damit an eine im Sinne der Rechtsprechung hinreichende Studienlage geknüpft.“⁸ An genau dieser wissenschaftlichen Evidenz mangelt es jedoch.

Eine Ende Februar 2024 erschienene Übersichtsarbeit bewertet die Studienlage zur Pubertätsblockade und Hormongabe bei Minderjährigen als unzureichend.⁹ Studien zeigen vielmehr, dass sich Menschen mit geschlechtsatypischem Verhalten und Geschlechtsidentitätsunsicherheit im Kindesalter später mit ihrem Geburtsgeschlecht aussöhnen.¹⁰ Nur sehr selten führen geschlechtsatypisches Verhalten und Geschlechtsidentitätsunsicherheit im Kindesalter zu einer transsexuellen Identität. Anders verhält es sich nur bei Patienten, deren Pubertät angehalten wurde.¹¹

Verfrühte Weichenstellung, Verhinderung von sexuellen Erfahrungen und Alternativen
Persistenz durch medizinische Behandlung: Fast alle Kinder und Jugendlichen (98 Prozent), die mit Pubertätsblockern behandelt wurden, entscheiden sich für eine Transition mit gegengeschlechtlichen Hormonen und Geschlechtsoperationen.¹² Doch auch bei einem im Rückblick als erfolgreich bewerteten Behandlungsfall kann nicht zwangsläufig davon ausgegangen werden, dass ursprünglich eine sichere transsexuelle Determinierung vorlag. Möglich ist, dass sich eine hormonelle Behandlung vor Pubertätsabschluss derart auf die weitere Entwicklung der Geschlechtsidentität auswirkt, dass hierdurch gar „iatrogen eine Persistenz der GIS induziert wird“¹³.

⁷ Das betrifft die Behandlung folgender Erkrankungen: fortgeschrittenes hormonabhängiges Prostatakarzinom; Mammakarzinom prä- und perimenopausaler Frauen; Pubertas praecox vera (bei Mädchen unter 9 Jahren und Jungen unter 10 Jahren); schwere sexuelle Abnormität durch reversible Reduzierung des Testosterons bis auf das Kastrationsniveau, um den Sexualtrieb bei erwachsenen Männern zu verringern. Vgl. [GnRH-Analoga](#), gelbe-liste.de, abgerufen am 15.03.2024.

⁸ Chantal Louis: [Medizin-Skandal Pubertätsblocker](#), in: emma.de, 28. Oktober 2023, abgerufen am 15.03.2024.

⁹ Florian D. Zepf, Laura König, Anna Kaiser, Carolin Ligges, Marc Ligges, Veit Roessner, Tobias Banaschewski, Martin Holtmann: [Beyond NICE: Aktualisierte systematische Übersicht zur Evidenzlage der Pubertätsblockade und Hormongabe bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie](#), abgerufen am 15.03.2024.

¹⁰ Vgl. Kelley D. Drummond, Susan J. Bradley, Michele Peterson-Badali, Kenneth J. Zucker: A Follow-Up Study of Girls With Gender Identity Disorder, *Developmental Psychology*, January 2008, 44 (1), S. 34-45.

¹¹ Vgl. Alexander Korte: [Jugendpsychiater über Transidentität. „Es ist hip, trans zu sein“](#), in: taz.de, 2. 5. 2022, abgerufen am 15.03.2024.

¹² Vgl. Maria Anna Theodora Catharina van der Loos, Sabine Elisabeth Hannema, Daniel Tatting Klink, Martin den Heijer, Chantal Maria Wiepjes: [Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence: a cohort study in the Netherlands](#), in: *Lancet Child Adolesc Health*, Dezember 2022; 6 (12), S. 869-875; Clare Dyer: [Puberty blockers do not alleviate negative thoughts in children with gender dysphoria, finds study](#), in: *BMJ* 2021, S. 372-356.

¹³ Alexander Korte; David Goecker; Heiko Krude; Ulrike Lehmkuhl; Annette Grüters-Kieslich; Klaus Michael Beier: [Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter Zur aktuellen Kontroverse um unterschiedliche Konzepte und Behandlungsstrategien](#), in: *Deutsches Ärzteblatt* 2008; 105 (48): S. 834-841.

Psychosexuelle Entwicklung: Pubertätsblocker gehen mit einer irreversiblen Beeinträchtigung des Prozesses der psychosexuellen Entwicklung einher. Das Entdecken der sich unter dem Einfluss der angeborenen Sexualhormone herauskristallisierenden sexuellen Präferenz und der endgültigen geschlechtlichen Identität wird verunmöglicht.¹⁴ Die Gabe von Pubertätsblockern verhindert aufgrund der Beeinträchtigung der sexuellen Appetenz und Funktionsfähigkeit, dass die entsprechenden Personen altersgerechte (sozio-)sexuelle Erfahrungen sammeln und diese in einen diagnostisch-therapeutischen Prozesses einfließen lassen können.¹⁵

Verhinderung von Homosexualität: Der frühzeitige Einsatz hormoneller Maßnahmen muss auch unter dem Gesichtspunkt der Verhinderung möglicher homosexueller Entwicklungen betrachtet werden. Es kann nicht im Interesse der Patienten liegen, infolge von Pubertätsblockern die Möglichkeit zu verlieren, wichtige Erfahrungen für ihre homosexuelle Identitätsfindung zu machen. In etlichen Fällen zeigt die Empirie, dass zuvor mit aller Entschiedenheit vorgetragene Umwandlungsbegehren deutlich neutralisiert werden und ein homosexuelles Coming-Out der Betroffenen folgt.¹⁶

Innerfamiliäre Konflikte: Psychische Auffälligkeiten der Eltern¹⁷ und deren Einflussnahme können die Verfestigung von GIS begünstigen.¹⁸ Eine psycho- oder familientherapeutische Bearbeitung von innerfamiliären Konflikten ist geeignet, „mögliche ‚transsexuellogene‘ familiäre Einflüsse aufzudecken“¹⁹ und darüber „mit der Chance einer Auflösung des Umwandlungsbegehrens“²⁰ verbunden. Bei einer rein biologistischen Herangehensweise und frühzeitiger Herbeiführung „schneller Lösungen“ durch Hormonbehandlung droht diese Chance ins Hintertreffen zu geraten.

Nebenwirkungen der Gabe von GnRH-Analoga

Bei der Gabe von GnRH-Analoga werden häufige hormonelle Nebenwirkungen wie Hitzewallungen, Kopfschmerzen, Übelkeit und Gewichtszunahme beschrieben. Schlimmer noch lesen sich die ergänzenden Hinweise zu den GnRH-Analoga in der Gelben Liste:

- Bei der Anwendung von GnRH-Agonisten besteht ein erhöhtes Risiko für Depressionen, die schwerwiegend verlaufen können.
- Nach der Markteinführung von Leuprorelin wurden Krampfanfälle bei Kindern und Erwachsenen mit oder ohne eine Vorgeschichte von Epilepsie, Anfallsleiden oder Risikofaktoren für Krampfanfälle, berichtet.
- Eine Langzeit-Androgendeprivationstherapie mit GnRH-Analoga bzw. Orchiektomie ist mit einem erhöhten Risiko der Knochendemineralisierung assoziiert. Bei Risikopatienten kann dies zu einer Osteoporose und erhöhtem Frakturrisiko führen.

¹⁴ Vgl. KM Beier, HAG Bosinski, K Loewit: Sexualmedizin, 2. Aufl., München/Jena 2005, S. 392-400.

¹⁵ Korte et al, a.a.O.

¹⁶ Vgl. KJ Zucker, SJ Bradley: Gender identity disorders and psychosexual problems in children and adolescents. New York/London 1995; R Green, CW Roberts, K Williams, M Goodman, A Mixon: Specific cross-gender behaviour in boyhood and later homosexual orientation, in: Br J Psychiatry 1987; 151: 84-88.

¹⁷ Vgl. Zucker KJ, Bradley SJ, Ben-Dat DN, Ho C, Johnson L, Owen A: Psychopathology in the parents of boys with gender identity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 42: 2-4.

¹⁸ Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ: Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. J Psychosom Res 1999; 46: 315-33.

¹⁹ Alexander Korte: Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen aus medizinischer und entwicklungspsychologischer Sicht, in: Bernd Ahrbeck, Marion Felder (Hrsg.): Geboren im falschen Körper. Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen, Stuttgart 2022, S. 43-86, S. 53.

²⁰ Korte et al, a.a.O.

- Unter der Therapie mit GnRH-Analoga kann es zu einer Veränderung des Stoffwechsels (Herabsetzung der Glukosetoleranz oder Verschlechterung eines bestehenden Diabetes mellitus) kommen und ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen bestehen.

Mangelnde Reife und Bereuen der Entscheidung

Ein Kind oder Jugendlicher besitzt in der Regel nicht die notwendige Reife, um die Folgen einer Hormonbehandlung, die mit lebenslangen Konsequenzen verbunden ist, abschätzen zu können. Dabei ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass Kinder mit GIS überdurchschnittlich oft Defizite bei sozialen Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und psychiatrische Komorbiditäten aufweisen²¹ und aus diesem Grund besonders empfänglich für die Verlockung einer vermeintlich „schnellen Lösung“ all ihrer Probleme sind.²²

Zahlreiche Jugendliche bereuen die schweren Eingriffe später und versuchen, ihre Transition rückgängig zu machen. Mit einem vorrangigen Fokus auf eine psychosoziale und psychologische Unterstützung statt einer vorschnellen trans-affirmativen Gabe von Pubertätsblockern ließe sich die Zahl derjenigen deutlich verringern, die den Weg der Transition bereuen. 92 Prozent von ihnen sind einer amerikanischen Studie zufolge Mädchen. 70 Prozent gaben an, dass hinter ihrer Geschlechtsdysphorie andere psychische Ursachen steckten. 60 Prozent machten sich Sorgen über ihren Gesundheitszustand, etwa durch die dauerhafte Einnahme von Testosteron. Bei 50 Prozent stellte sich durch die medizinischen Maßnahmen keine seelische Erleichterung ein.²³

Geschlechtsidentität und Pubertät

Feministinnen sehen sich durch Detransitionen in ihrer Haltung bestätigt, dass durch Transitionen die sozialen Geschlechterrollen gestärkt werden. Maskuline Frauen und feminine Männer, die den herkömmlichen Geschlechterrollen nicht entsprechen, werden durch die gesellschaftliche Erwartungshaltung einer eindeutigen Zuschreibung zu einer Transition gedrängt. Die Geschlechtsanpassung an das gefühlte Geschlecht ist zugleich eine Anpassung an die Norm der Zweigeschlechtlichkeit und darum anti-emanzipatorisch. Wo es eigentlich darum ginge, Veränderungen auf der sozialen Ebene der Geschlechterordnung zu erstreiten, setzt ein biologisches Experimentieren ein. Die Flucht in das gegenteilige biologische Geschlecht ist möglicherweise in manchen Fällen nur durch das Fehlen positiver Role-Models begründet. Was als Geschlechtsdysphorie diagnostiziert wird, kann sich sodann als ein Aufbegehren gegen die gesellschaftliche Erwartung, eine bestimmte Form von Weiblichkeit oder Männlichkeit auszufüllen, entpuppen. Sich in seiner Haut nicht wohlfühlen, das Unbehagen am Geschlecht, verlangt insofern nicht zwingend eine Hormontherapie der Betroffenen, sondern eine Weiterentwicklung der Gesellschaft.

Gesellschaftlicher Rollendruck wird im wahrsten Sinne des Wortes am eigenen Leibe erfahren. Die Wahrnehmung des Leibes, die über Sprache und Kultur eben auch eine sozial vermittelte ist, ist ein zentrales und problembehaftetes Thema der Pubertät, insbesondere für Mädchen. 80 bis 85 Prozent der trans Identifizierten sind Mädchen, wie international zu beobachten

²¹ PT Cohen-Kettenis, A. Owen, VG Kaijser, SJ Bradley, KJ Zucker: Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol* 2003; 31, 41–53; Wallien MS, Swaab H, Cohen-Kettenis PT: Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 1307–14.

²² Korte et al, a.a.O.

²³ Elie Vandenbussche: [Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey](#), in: *Journal of Homosexuality*, 2022, 69:9, S. 1602-1620.

ist. Unter pubertierenden Mädchen gibt es eine vulnerable Gruppe von weiblichen Jugendlichen, die unter den gesellschaftlichen Rollenklischees oder Schönheitsidealen Schwierigkeiten haben, ein gesundes Verhältnis zu ihrem Körper zu entwickeln. Dazu kommen die allgemeinen Probleme von Pubertierenden, sich selbst zu bestimmen und in der Welt zu verorten. Pubertierende befinden sich in einer Phase starker psychischer Labilität, auf der Suche nach Identität und Akzeptanz und in einem Prozess, ihr altes „Ich“ hinter sich zu lassen und ins Erwachsensein überzugehen. Der Wunsch, das Geschlecht zu „wechseln“, muss also gar nicht der wesentliche Antrieb zur Einnahme von pubertätshemmenden Hormonen sein, vielmehr kann dieser durch die Orientierungssuche und den angstbesetzten Veränderungsprozess ausgelöst sein. Trans zu sein, bietet diesen Suchenden eine „neuartige Identifikationsschablone, für die es einen gesellschaftlichen Empfangsraum gibt“²⁴.

Medizinische, nicht politische Entscheidung

„*Primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare*“ (deutsch: „erstens nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen“) lautet ein antiker Wahlspruch in hippokratischer Tradition. An diesen Grundsatz erinnern sich weltweit immer mehr Ärzte und bewerten die Risiken und den Nutzen der Gabe von Pubertätsblockern an Kinder und Jugendliche im Kontext vorrangiger psychotherapeutischer, klinisch-psychologischer und psychiatrischer Diagnosestellungen ihrer Patienten neu.

Dem medizinethischen Grundsatz, erstens nicht zu schaden, zweitens vorsichtig zu sein und drittens zu heilen, tragen immer mehr Länder Rechnung, indem sie die Verabreichung von Pubertätsblockern an Kinder und Jugendliche einschränken oder untersagen.²⁵ Ihr Fokus richtet sich auf Psychotherapie als Erstbehandlung wie im Falle Finnlands. Großbritannien setzt auf eine psychosoziale und psychologische Unterstützung von Patienten mit Genderdysphorie. Österreich setzt auf eine psychotherapeutische, eine klinisch-psychologische und eine psychiatrische Diagnosestellung. Die Ansätze der beiden letztgenannten Länder kommen einem Verbot der Abgabe von Pubertätsblockern an Kinder und Jugendliche nahe. Viele Bundesstaaten der USA haben in den Jahren 2022 und 2023 Verbotsgesetze gegen die Verabreichung von Pubertätsblockern erlassen. Solange es keine belastbaren Studien über die Auswirkungen gibt und keine psychologische Diagnose erfolgt ist, muss auch Berlin zum Schutze unserer Kinder und Jugendlichen „Nein“ zu Pubertätsblockern sagen.

Berlin, 15. März 2024

Dr. Brinker Gläser Tabor Ubbelohde
und die weiteren Mitglieder der AfD-Fraktion

²⁴ Alexander Korte, taz.de, a.a.O.

²⁵ [Gesetzliche Verbote von Pubertätsblockern im Ausland](#), Deutscher Bundestag, a.a.O.; Devita Singh, Susan J. Bradley, Kenneth J. Zucker: [A Follow-Up Study of Boys With Gender Identity Disorder](#), Front. Psychiatry, 29 March 2021 Sec. Public Mental Health Volume 12 - 2021.