

Informations- und Positionspapier zum Thema trans* Gesundheit & Pubertätsblocker

Sarah Buddeberg, Sprecherin für Queerpolitik

Susanne Schaper, Sprecherin für Gesundheitspolitik

Inhalt

Was sind Pubertätsblocker?	2
Was bewirken Pubertätsblocker?	2
Wie werden sie eingesetzt/verschrieben?	2
Warum sind Pubertätsblocker für trans* Kinder und Jugendliche so wichtig?	3
Pubertätsblocker = Hormontherapie?	4
Debatte um Pubertätsblocker	4
Ausblick: Bereuen Betroffene die Entscheidung?	5
Zusammenfassung und Forderungen	6
Weitere Quellen	6

Was sind Pubertätsblocker?

„Pubertätsblocker sind hormonähnliche Substanzen, die die Hirnanhangsdrüse davon abhalten, bestimmte Botenstoffe, die sogenannten Gonadotropine, auszusenden. Diese Gonadotropine veranlassen die Hoden oder Eierstöcke dazu, Sexualhormone zu produzieren“¹

Als sogenannte Pubertätsblocker werden GnRH-Analoga² wie Leuprorelin oder Triptorelin eingesetzt.

Was bewirken Pubertätsblocker?

Es gibt verschiedene Anlässe zum Einsatz solcher Pubertätsblocker. Zum Beispiel können Kinder mit vorzeitiger Pubertät (Pubertas praecox), also Kinder, bei denen die Pubertät schon vor dem 8. Lebensjahr einsetzt, diese Medikamente einnehmen und die natürliche Pubertät hinauszögern. Auch bei transgeschlechtlichen Jugendlichen können, wie bei cisgeschlechtlichen Jugendlichen, Pubertätsblocker zum Einsatz kommen, um den Beginn der Pubertät zu verzögern.

Die Blocker stoppen die Entwicklung des Körpers und verändern diesen aber nicht. Seltene und vorübergehende Nebenwirkungen sind Stimmungsschwankungen oder Hitzewallungen. Mögliche langfristige und genauso seltene Nebenwirkung ist eine Veränderung der Knochendichte, was auch ein Grund dafür ist, die Behandlung nicht länger als notwendig durchzuführen.

Der Effekt ist reversibel: Setzt man die Medikation ab, kommen die Kinder in die Pubertät. Die Behandlung ist zu dem ergebnisoffen. Die Kinder und Jugendlichen können sich also jederzeit dazu entscheiden, die Einnahme zu beenden

Wie werden sie eingesetzt/verschrieben?

Pubertätsblocker werden nur auf medizinische Indikation nach sorgfältiger Diagnose auf Grundlage von wissenschaftlichen Leitlinien von Fachärzt*innen verschrieben. Die Verschreibung liegt ausschließlich im Ermessen der behandelnden Ärzt*innen. Sie informieren auch über mögliche Risiken und Nebenwirkungen.

Die Verschreibung erfolgt erst nach einer Diagnose und ausführlichen Beratung – bis Betroffene einen Termin für ein Erstgespräch erhalten, vergehen oft Monate.

Anders als häufig dargestellt ist es für trans* Jugendliche also mit hohen Hürden verbunden, Pubertätsblocker zu erhalten.

¹ <https://www.mdr.de/wissen/debatte-pubertaetsblocker-und-hormontherapie-bei-transgender-jugendlichen-102.html>

² GnRH steht für Gonadotropin Releasing Hormone, das bedeutet Geschlechtshormone-freisetzendes Hormon (Gonade, gone, griech. = Hoden, Eierstöcke; releasing, engl. = freisetzend). GnRH-Analoga sind synthetisch hergestellte Substanzen, die diesem Hormon sehr ähnlich sind. Sie blockieren die Bindungsstellen des körpereigenen GnRH und verhindern bei kontinuierlicher Gabe damit, dass die Eierstöcke oder Hoden Geschlechtshormone bilden. <https://www.gesundheitsinformation.de/glossar/gnrh-analoga.html>

Warum sind Pubertätsblocker für trans* Kinder und Jugendliche so wichtig?

Ein Großteil der transgeschlechtlichen Personen leidet an einer Dysphorie. Also einem starken Unwohlsein durch die Geschlechtsinkongruenz³. Geschlechtsdysphorie kann mit Angst, Verhaltensveränderungen, Depression und suizidalem Verhalten verbunden sein. Eine Studie aus Kanada aus 2022 zeigt außerdem, dass das Suizidrisiko von trans* Jugendlichen fünfmal höher ist als das von cis Jugendlichen.⁴ Grund dafür sind unter anderem auch ständige Diskriminierungserfahrungen, Mikroaggressionen und fehlende Akzeptanz.

Um Kindern das Durchleben der falschen Pubertät und damit die Entwicklung des Körpers in eine Richtung, die als unangenehm oder falsch empfunden wird, zu ersparen, können Pubertätsblocker eingesetzt werden.

Die Einnahme von Pubertätsblockern verschafft trans* Jugendlichen Zeit. Es müssen keine vorschnellen Entscheidungen getroffen werden. Die medizinische Behandlung ist losgelöst von der Namens- und Personenstandsänderung⁵ und demnach auch vom zukünftigen Selbstbestimmungsgesetz. Die Einnahme von Pubertätsblockern ist von geschlechtsangleichenden Maßnahmen wie einer Hormonersatztherapie oder Operationen zu unterscheiden.

Studien zeigen, dass trans* Jugendliche oft stark leiden, wenn sie in der Pubertät keinen Zugang zu trans*-spezifischer Gesundheitsversorgung haben. Die Einnahme von Pubertätsblockern verringert dagegen Suizidgedanken und trägt dazu bei, dass Belastungen von trans* Jugendlichen stark abnehmen und ihr Wohlbefinden und die Zufriedenheit steigt.^{6 7}

Wird die Einnahme von Pubertätsblockern verweigert kann das starke negative Effekte haben, die nicht rückgängig gemacht werden können. **Die Pubertät ist nicht umkehrbar, die Einnahme von Pubertätsblockern jedoch schon.**

Wird die Pubertät durchlaufen, ist es für trans* Personen später wesentlich schwieriger, in ihrem Identitätsgeschlecht zu leben. Sie werden teilweise ihr ganzes Leben lang „erkannt“ was zu einem erhöhten Risiko führt, Diskriminierung und Gewalt zu erleben.

³ Geschlechtsinkongruenz = die fehlende Übereinstimmung zwischen dem erlebtem und dem aufgrund äußerer Geschlechtsmerkmale zugewiesenem Geschlecht

⁴ Kingsbury M, Hammond NG, Johnstone F, Colman I. Suicidality among sexual minority and transgender adolescents: a nationally representative population-based study of youth in Canada. CMAJ. 2022 Jun 6;194(22) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35667666/>

⁵ So wie auch alle weiteren medizinischen und geschlechtsangleichenden Eingriffe und Maßnahmen unabhängig von der rechtlichen Transition also der Vornamens- und Personenstandsänderung sind

⁶ Turban, J.K., King, D., Carswell, J.M., Keuroghlian, A.S. (2020). Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation. Pediatrics, 145(2), <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>

⁷ Olson, K.R., Durwood, L., DeMeules, M., McLaughlin, K.A. (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities; Pediatrics, 137(3), Green, A.E., DeChants, J.P, Price, M.N., Davis, C.K. (2021). Association of Gender-Affirming Hormone Therapy With Depression, Thoughts of Suicide, and Attempted Suicide Among Transgender and Nonbinary Youth. Journal of Adolescent Health, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.10.036>

Pubertätsblocker = Hormontherapie?

An eine Behandlung mit Pubertätsblockern kann, muss aber keine Hormontherapie mit Testosteron oder Östrogenen anschließen. Irgendwann im Laufe der Behandlung muss sich aber dazu entschieden werden, die blockenden Medikamente abzusetzen und die Pubertät mit oder ohne Hormontherapie eintreten zu lassen.

In der Behandlung von trans* Personen und vor allem auch trans* Jugendlichen werden wohlüberlegte Entscheidungen getroffen. Die Jugendlichen sind in einem engmaschigen Netz von Therapeut*innen, Psychiater*innen, Hausärzt*innen und Endokrinolog*innen eingebunden. Meist vergehen Jahre, bevor Maßnahmen ergriffen werden.

Hormonersatztherapien sind laut Leitlinien erst mit dem 16. Lebensjahr möglich, können manchmal aber auch schon mit 14 Jahren beginnen. Davor können Pubertätsblocker zum Einsatz kommen. Hormontherapien werden von Endokrinolog*innen begleitet und dem Beginn einer Hormontherapie geht ebenso eine psychiatrische Begutachtung und medizinische Diagnose voraus.

Debatte um Pubertätsblocker

Oftmals wird so getan, als könnten sich Kinder und Jugendliche ohne Einwilligung der Sorgeberechtigten mit 12 Jahren willkürlich operieren lassen und mit Medikamenten ausstatten. Das ist schlichtweg falsch.

Die Gabe von Pubertätsblockern bei transgeschlechtlichen Jugendlichen ist mit hohen Hürden verbunden. Trotz der heute wissenschaftlich belegten positiven Effekte der Behandlung wird diese immer noch eher zögerlich angewendet.

Psychotherapeut*innen begleiten Kinder und Jugendliche oft über mehrere Jahre, bevor überhaupt über eine Hormontherapie nachgedacht wird – auch an dieser Stelle können Pubertätsblocker Zeit verschaffen.

Behauptet jemand, dass trans* Kinder einfach zum Kinderarzt gehen und dort ihre Hormone verschrieben bekommen, ist auch das falsch. Zwischen dem Beginn der Therapie und dem Start der Hormontherapie liegen laut Richtlinie⁸ mindestens 12 Therapiesitzungen in mindestens 6 Monaten und eine ausführliche Diagnostik.

Es ist richtig, dass Therapeut*innen und Kliniken, die trans*-Expertise aufweisen, einen Zulauf haben. Das als Trend oder Modeerscheinung zu bezeichnen, wird dem Leid von trans* Personen, die diesen Prozess durchlaufen, nicht gerecht. Trans* zu sein ist keine Entscheidung und kein leichter Weg – im Gegenteil.

Der Zulauf liegt zum einen daran, dass sowohl Geschlechtsdysphorie als Leid und auch Transgeschlechtlichkeit lange unterdiagnostiziert waren und Menschen, die eigentlich ihr ganzes Leben lang trans* waren, sich erst spät outen. Zum anderen liegt die Zunahme derer, die den Weg der Transition gehen wollen, allem daran, dass sich die Gesellschaft langsam wandelt, es mehr Repräsentation und Identifikation und vor allem auch Aufklärung und Kommunikationsmöglichkeiten gibt. Zu guter Letzt waren früher die Hürden für eine Kostenübernahme noch deutlich höher, so dass der Weg der medizinischen Transition weniger wohlhabenden Menschen oft verschlossen blieb.

Wichtig in der Debatte um Pubertätsblocker ist die Frage: Was würde passieren, wenn wir den Jugendlichen diese Medikamente vorenthalten? Das kann zu Essstörungen, Depressionen, Suizidalität und anderen psychischen Erkrankungen führen.

Geschlechtsdysphorie ist keine Einstellungsfrage, die sich psychotherapeutisch wegtherapieren lässt. Man kann nicht allein die Depression behandeln, wenn das darunter liegende Problem der Leidensdruck aufgrund des eigenen Körpers und die Stigmatisierung des Körpers ist.

⁸ S3-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung, Version 1.1, Stand 09.10.2018

Ausblick: Bereuen Betroffene die Entscheidung?

In einer Studie aus den Niederlanden verfolgen Forschende den Weg von betroffenen Jugendlichen. Dabei wurden Jugendliche mit der Diagnose „Geschlechtsdysphorie“ eingeschlossen, die als Minderjährige eine Therapie mit GnRH-Antagonisten zur Unterdrückung der Pubertät begannen und diese mindestens drei Monate vor dem Beginn einer hormonellen Geschlechtsangleichung fortführten.⁹

Die gesammelten Daten aus der Amsterdamer Kohorte für Geschlechtsdysphorie wurden mit dem landesweiten Verschreibungsregister des niederländischen Statistikamtes abgeglichen, um zu prüfen, ob später eine Verschreibung für geschlechtsangleichende Hormone vorlag. Von den insgesamt 720 eingeschlossenen Personen nahmen fast alle (98%) bei der Nachuntersuchung geschlechtsangleichende Hormone ein.¹⁰

Diese Zahlen decken sich auch mit der sogenannten Reuequote bei Transitionsbehandlungen. Eine Auswertung von 27 Studien mit insgesamt fast 8.000 Jugendlichen und Erwachsenen ergab hier eine durchschnittliche „regret rate“ von etwa 1%.¹¹ Zum Vergleich: bei Krebsoperationen liegt diese bei circa 14%.¹² Dennoch wird in Debatten und auch in Medien oft eine angeblich hohe Anzahl von „Detransitioners“ als Argument gegen den Abbau von Hürden beim Zugang zu Transitionsbehandlungen genannt. Abgesehen von der irreführenden Überhöhung des tatsächlichen Anteils an Detransitionen lohnt sich ein genauer Blick auf die Gründe dafür. Eine entsprechende Studie aus den USA belegt, dass mehr als 4/5 äußeren Druck und nicht etwa innere Zweifel als Grund für ihre Detransition benannt haben.¹³ Das zeigt: auch „Detransitioners“ hilft vor allem ein Abbau von Diskriminierung, nicht der Aufbau neuer Hürden.

⁹ „Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence: a cohort study in the Netherlands“ [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(22\)00254-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(22)00254-1/fulltext)

¹⁰ Von den insgesamt 720 eingeschlossenen Personen wurden 220 (31 %) bei der Geburt als männlich und 500 (69 %) als weiblich eingestuft. Zu Beginn der Behandlung mit dem GnRH-Agonisten lag das Durchschnittsalter bei 14,1 bzw. 16,0 für Personen mit biologisch männlichem bzw. weiblichem Geschlecht. Das Durchschnittsalter bei Abschluss der Datenerhebung lag bei 20,2 bzw. 19,2 Jahren

¹¹ „Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence“ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8099405/>

¹² „Regret in Surgical Decision Making: A Systematic Review of Patient and Physician Perspectives“ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28243695/>

¹³ https://www.queer.de/detail.php?article_id=40094

Zusammenfassung und Forderungen

Die Debatte um Pubertätsblocker ist wie so oft bei Themen rund um sexuelle und geschlechtliche Vielfalt aufgeheizt. Lautstark versuchen rechte Parteien und andere Akteur*innen, das Thema zu besetzen und für ihre reaktionäre Agenda auszunutzen. Dabei geht oft jegliche Fachlichkeit und Sachlichkeit verloren.

Pubertätsblockende Medikamente sind reversibel, verschaffen den Kindern und Jugendlichen Zeit für durchdachte, selbstbestimmte Entscheidungen und werden wohl überlegt verschrieben. Der Einsatz von Pubertätsblockern kann wortwörtlich Leben retten. Diese Medikamente und später ggf. auch weitere Schritte einer medizinischen Transition helfen den betroffenen Personen nachweislich.

Als DIE LINKE. stehen wir an der Seite der betroffenen Personen und setzen uns für ein selbstbestimmtes Leben ein. Dazu gehört auch, die Therapie mit Pubertätsblockern zu unterstützen und die Debatte mit Sachlichkeit und Entschlossenheit im Sinne der Kinder und Jugendlichen zu führen, die auf diese Behandlungen angewiesen sind.

Oft geraten die medizinischen Bedarfe von trans* Personen in solchen Diskussionen in den Hintergrund. Von daher ist es umso wichtiger, auf unsere Forderungen in dem Bereich aufmerksam zu machen.

Die drängendsten dabei sind:

- Die Sicherstellung einer umfassenden Gesundheitsversorgung
 - Trans* Personen warten oftmals Monate oder Jahre auf Termine. Dabei mangelt es nicht nur an Therapieplätzen und sensibilisierten Therapeut*innen, sondern auch an kompetenten und sensibilisierten Ärzt*innen (z.B. Endokrinolog*innen).
 - Vor allem im ländlichen Raum existiert fast keine adäquate Versorgung.
- Die Schulung von medizinischem Personal in allen Bereichen bezüglich der Bedarfe von trans* Personen.
- Die Gewährleistung einer kostenfreien medizinischen Versorgung über die Krankenkassen mit Zugang zu allen notwendigen Leistungen.
- Eine schnellere und bedarfsgerechte Versorgung statt langwieriger, fremdbestimmter und diskriminierender Begutachtungs- und Bewilligungsprozesse.
- Die Entwicklung eines medizinischen Kompetenzzentrums für tin* Gesundheit in Sachsen.
- Die Entpathologisierung von trans* Personen. Trans* sein ist keine Krankheit.

Weitere Quellen

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/bundesregierung-empfehl-nicht-die-einnahme-von-pubertaetsblockern-202506>

<https://md->

[bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf](https://www.bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf) (Richtlinie MDK medizinische Transition)

https://www.bundesverband-trans.de/wp-content/uploads/2022/02/soll-geschlecht-jetzt-abgeschafft-werden-bvt_lsvd_onlineversion.pdf (Broschüre Bundesverband Trans)

<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/was-apotheker-ueber-die-geschlechtsangleichung-wissen-sollten-126423/seite/3/>

<https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/pubertaetsblocker-eine-scheindebatte>

<https://www.arzt-wirtschaft.de/medizin/pubertaetsblocker-bei-geschlechtsdysphorie/>