

Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Herausforderungen in der Behandlung



Melanie Hess

Leitende Ärztin Endokrinologie UKBB

Basel, 18.6.2026

Geschlechtsdysphorie im ~~Kindes~~- und Jugendalter: Herausforderungen in der Behandlung



Melanie Hess

Leitende Ärztin Endokrinologie UKBB

Basel, 18.6.2026

Gliederung

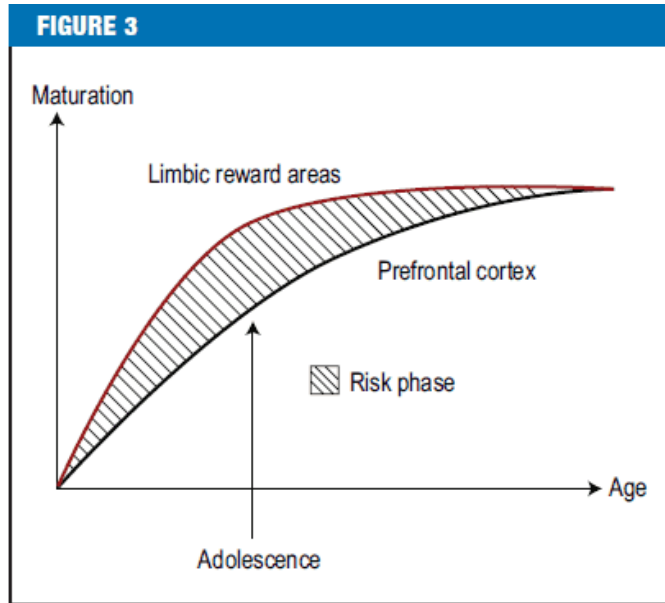
1. Herausforderungen in der Behandlung von Jugendlichen mit einer Genderdysphorie
2. Endokrinologische Behandlungsoptionen:
Alles Kann, Nichts Muss

«**Basis-Problem**»: das Alter

Aus dem Sitzungsprotokoll der NEK:

Das ethische Dilemma bei der Behandlung von transgener Kindern besteht darin, dass in einem sehr frühen Alter Entscheidungen von grosser Tragweite gefällt werden müssen, da Zuwarten keine (neutrale) Option ist. Zu diesem Zeitpunkt sind die Kinder unter Umständen noch nicht voll urteilsfähig, stehen aber oft schon unter einem erheblichen Leidensdruck.

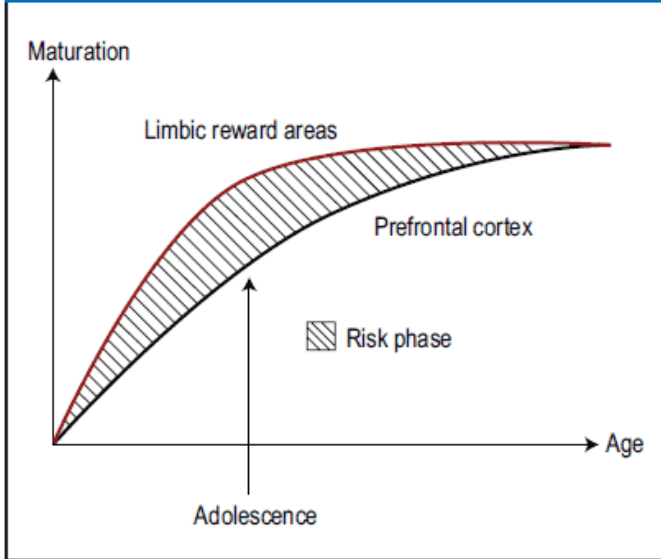
Die Richtlinien der Endocrine Society sehen aufgrund der individuellen Reife keine fixen Altersgrenzen für die Behandlung mit Pubertätsblockern oder Hormonen vor. Faktoren wie die Urteilsfähigkeit, die Unterstützung des Umfelds sowie der Leidensdruck fliessen in die Einzelfallentscheidung mit ein.



Nonlinear maturation processes of subcortical and prefrontal brain areas lead to an imbalance of neural networks in adolescence.
Modified from (12) Casey BJ, Jones RM, Hare TA: The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2008; 1124: 111–26. Reprinted with the kind permission of John Wiley and Sons



FIGURE 3

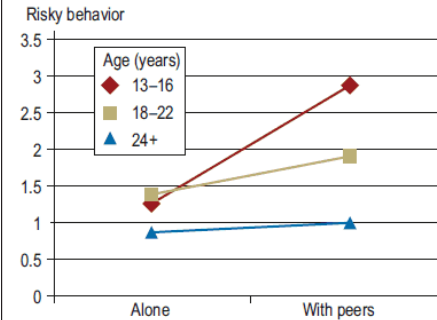


Nonlinear maturation processes of subcortical and prefrontal brain areas lead to an imbalance of neural networks in adolescence. Modified from (12) Casey BJ, Jones RM, Hare TA: The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2008; 1124: 111–26. Reprinted with the kind permission of John Wiley and Sons

BOX

The influence of peers on risky behavior

Researchers recruited persons in three age groups (13 to 16 years, 18 to 22 years, and over 24 years) to study whether the influence of contemporaries (peers) on risky decisions depended on the age of the probands. Participants were put in a type of driving simulator in which they had to drive as far as possible until a traffic light turned red



and a wall appeared. If the car was not stopped soon enough, it crashed into the wall, and the driver lost points. The participants were either alone or in groups of three persons in the simulator. The 13- to 16-year-olds were found to be more likely to make risky decisions than the participants in the other age groups, but only in the presence of their peers. Adult driving behavior was independent of the presence or absence of peers (33).



Aspekt 1:

Gehirn eines Jugendlichen



Gehirn eines Erwachsenen



Abb. 2 ▲ Vorherrschende Prägung

Niemand weiss, was die Zukunft bringt..

Aspekt 2:



Eine Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter setzt sich nicht zwingend weiter fort

Persistenz Kindes- zu Jugendalter:

- **Wallien and Cohen-Kettenis, Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children. J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY, 47:12, DECEMBER 2008**
At follow-up, 30% of the 77 participants (19 boys and 4 girls) did not respond to our recruiting letter or were not traceable; 27% (12 boys and 9 girls) were still gender dysphoric (persistence group), and 43% (desistance group: 28 boys and 5 girls) were no longer gender dysphoric.
- **Martinerie et al.: Approach to the management of children and adolescents with Gender Dysphoria. EJE (2018) 179, R1219-R237**
According to various studies, the percentage of 'persisters' appears to be between 10 and 39%

Eine Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter setzt sich nicht zwingend weiter fort

Persistenz Jugend- zu Erwachsenenalter

- Besides, studies that have been conducted among children and adolescents have shown that GD that persists into adolescence is unlikely to subside
 - Cohen-Kettenis and Klink: Adolescents with gender dysphoria. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. June 2015. 485-495. Volume 29, Issue 3. 485-495
 - Olson et al.: Gender Identity 5 Years After Social Transition. Pediatrics 2022, vol 150, No 2

Wunsch nach **Detransition**: ca. 1% - 2 %

- → 0.6% bei Trans*Frauen, 0.3% bei Trans*Männern
- → ca. 15% wegen internalen Faktoren, 85% wegen externalen Faktoren (Toleranz im Umfeld, Arbeitsplatz, ...)

Wiepjes et al. 2018 „The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets“:

Aspekt 3: Eltern



Eltern müssen eine Entscheidung für «jemand Anderen» treffen



The findings reveal that parents often struggle with profound ambivalence, balancing fears about the potential consequences of their child's transition with a desire to provide support

Was war erst da? Erst die Henne, erst das Ei?

Aspekt 4: häufig begleitende psychische Störungen

Exemplarisch:

Pinna et al., In Rev Psychiatry 2022 May-Jun;34(3-4):292-359.

“Our findings coincide with existing research, which indicates TG individuals do experience a higher prevalence of mental health disorders than that of the general population or cisgender individuals. “

Abernathy et al.: J Adolesc Health 2024, Nov;75(5):780-784. doi: 10.1016/j.jadohealth.2024.06.022. Epub 2024 Aug 30.

“Adolescents with co-occurring GD and ED diagnoses are at greater risk for anxiety, depression, suicidality, and self-harm as compared to youth with neither diagnosis.”

Özel et al.: Psychiatry Rex. 2025 Sep;351:116591. doi: 10.1016/j.psychres.2025.116591. Epub 2025 Jun 9

«Participants with gender dysphoria, regardless of birth-assigned sex, had a higher prevalence of ASD compared with cisgender participants»

5. **Problem:** Wenig kontrollierte (Langzeit-)Studien

„Die Studienlage zur Pubertätsblockade und Hormongabe bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie ist derzeit sehr begrenzt und basiert auf wenigen Studien mit unzureichender Methodik und Qualität, so dass das klinisch-wissenschaftliche Vertrauen in die Ergebnisse aktuell gering ist. Aussagekräftige kontrollierte Langzeitstudien dazu fehlen derzeit»

Zepf FD, et al. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2024, <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000972>
Beyond NICE: Aktualisierte systematische Übersicht zur Evidenzlage der Pubertätsblockade und Hormongabe bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie

6. Problem: Zeitdruck

«Nichtstun ist keine neutrale Option»,
v.a. der Stimmbruch bei TransFrauen ist
entscheidend



7. Problem: Time-consuming

7. Problem: Time-consuming: Bescheid einer KK von 06/2026

Aufgrund der Multimorbidität sowie der möglichen unerwünschten und teils schwerwiegenden Nebenwirkungen wird diese Behandlung aus medizinischer Sicht kritisch beurteilt und in anderen Kantonen bereits nicht mehr angeboten. Unter diesen Umständen sehen wir sie nicht als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an; die Voraussetzungen von Art. 71 KVV sind nach Einschätzung unserer Vertrauensärztin nicht erfüllt.

7. Problem: Time-consuming: Beispiel an einer Patientin

Verlauf über 2.5 Jahre:

- Konsultationen alle 2-3 Monate bei uns plus monatliche Lucrin-Injektionen Kinderarzt
- Wöchentlich seit 2023: 0-4 Mails der Eltern Tag/ Nacht/ Wochenende, Telefonate und Einzelgespräche
- Einbezug der UKBB-eigenen Juristin mit mehreren Sitzungen UKBB-intern
- Round Table mit Kinderschutz
- Round Table mit Ethik
- Gefährdungsmeldung an KESB, Kontakt mit KESB
- Fertilitätsmedizin (2 Fachstellen)
- Onkologe
- 7 Psy-Fachpersonen
- 3 endokrinolog. Anlaufstellen

8. Problem: hohe persönliche Belastung des Arztes/ der Ärztin

8. Problem: hohe persönliche Belastung des Arztes/ der Ärztin

SRF, N. Blaser 9.7.2024

Zu unsorgfältig, zu schnell und teils ohne Miteinbezug der Eltern. SRF Investigativ hat Anfang Jahr Kritik bei der Abklärung und Behandlung von Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz im Kanton Zürich aufgedeckt. Zahlreiche Eltern und Jugendliche hatten bemängelt, Fachpersonen und Ärztinnen verschiedener Institutionen begegneten einer plötzlich auftretenden Transidentität bei Minderjährigen zu wenig sorgfältig.

... Zürcher Kantonspsychiaterin Nadja Weir sagt gegenüber SRF:

Das Ziel sei, Jugendliche vor Eingriffen zu schützen, die sie später bereuen könnten, aber auch, trans Jugendlichen mit Leidensdruck schnell zu helfen.

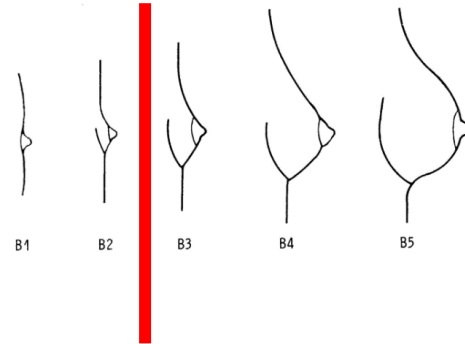
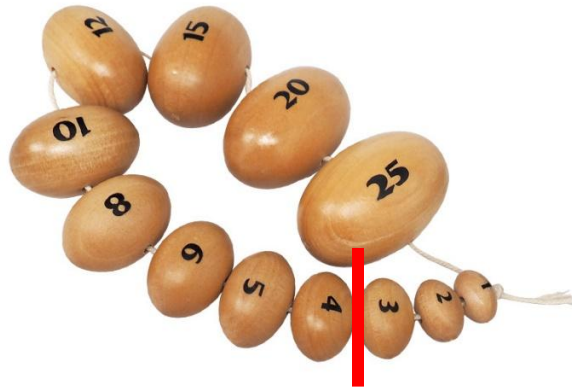
Wie gehen wir im UKBB vor ?

- Zuweisung von MHP (Psychologie, Psychiatrie)
- Endokrinologie →
 1. Unterdrückung der endogenen Sexualhormone und
 2. Erreichen von Sexualhormon-Spiegel des gefühlten Geschlechtes
- Haus- und Kinderarzt/-ärztin
- Fertilitätsmedizin
- Phoniatrie und Logopädie



Ablauf bei uns:

1. Erst-Vorstellung (nach Zuweisung) mit mind 1 Elternteil zusammen
(bei getrennt lebenden Eltern: Frage nach medizinischem Sorgerecht?)
2. Wie ist Dein Name? Dein Pronomen?
3. Endokrinologische Basisabklärungen, Risiko-Abfragen, Voranamnese, Familienanamnese..
4. Somatischer Status und Pubertätsstatus



Ablauf bei uns:

1. Erst-Vorstellung (nach Zuweisung) mit mind 1 Elternteil zusammen
(bei getrennt lebenden Eltern: Frage nach medizinischem Sorgerecht?)
2. Wie ist Dein Name? Dein Pronomen?
3. Endokrinologische Basisabklärungen, Risiko-Abfragen, Voranamnese, Familienanamnese..
4. Somatischer Status und Pubertätsstatus
5. Erklärung, wie der weitere Verlauf in der Sprechstunde aussehen könnte
6. «Angebot» Fertilitätsmedizin-Beratung, am besten vor Start Hormon-Blockade
7. Überweisung HNO- und Logopädie bei TransFrauen nach Stimmbruch

Schritt 1: Pubertätshemmung

Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/ Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline

Wylie C. Hembree,¹ Peggy T. Cohen-Kettenis,² Louis Gooren,³ Sabine E. Hannema,⁴ Walter J. Meyer,⁵ M. Hassan Murad,⁶ Stephen M. Rosenthal,⁷ Joshua D. Safer,⁸ Vin Tangpricha,⁹ and Guy G. T'Sjoen¹⁰

Downloaded

Table 5. Criteria for Gender-Affirming Hormone Therapy for Adolescents

Adolescents are eligible for GnRH agonist treatment if:

- 1. A qualified MHP has confirmed that:
 - the adolescent has demonstrated a long-lasting and intense pattern of gender nonconformity or gender dysphoria (whether suppressed or expressed),
 - gender dysphoria worsened with the onset of puberty,
 - any coexisting psychological, medical, or social problems that could interfere with treatment (e.g., that may compromise treatment adherence) have been addressed, such that the adolescent's situation and functioning are stable enough to start treatment,
 - the adolescent has sufficient mental capacity to give informed consent to this (reversible) treatment,
- 2. And the adolescent:
 - has been informed of the effects and side effects of treatment (including potential loss of fertility if the individual subsequently continues with sex hormone treatment) and options to preserve fertility,
 - has given informed consent and (particularly when the adolescent has not reached the age of legal medical consent, depending on applicable legislation) the parents or other caretakers or guardians have consented to the treatment and are involved in supporting the adolescent throughout the treatment process,
- 3. And a pediatric endocrinologist or other clinician experienced in pubertal assessment
 - agrees with the indication for GnRH agonist treatment,
 - has confirmed that puberty has started in the adolescent (Tanner stage \geq G2/B2),
 - has confirmed that there are no medical contraindications to GnRH agonist treatment.

Schritt 1: Pubertätshemmung

Information und
Einwilligungserklärung,
aktuell 10 Seiten umfassend

werden. Es wird unter der Therapie weder Testosteron (=männliches Hormon) noch Östrogen (=weibliches Hormon) gebildet, solange man die Pubertätsblocker bekommt.

Die Therapie mit Pubertätsblockern gibt Dir auch Zeit für die Entscheidung, in welchem Geschlecht Du in Zukunft leben möchtest, ohne Sorge zu haben, dass die für Dich aktuell unerwünschten körperlichen Veränderungen weiter voranschreiten. Eine regelmässige

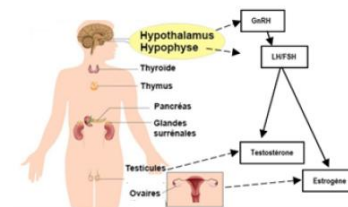
Universitäts-Kinderspital beider Basel, pädiatrische Endokrinologie- und Diabetologie

1

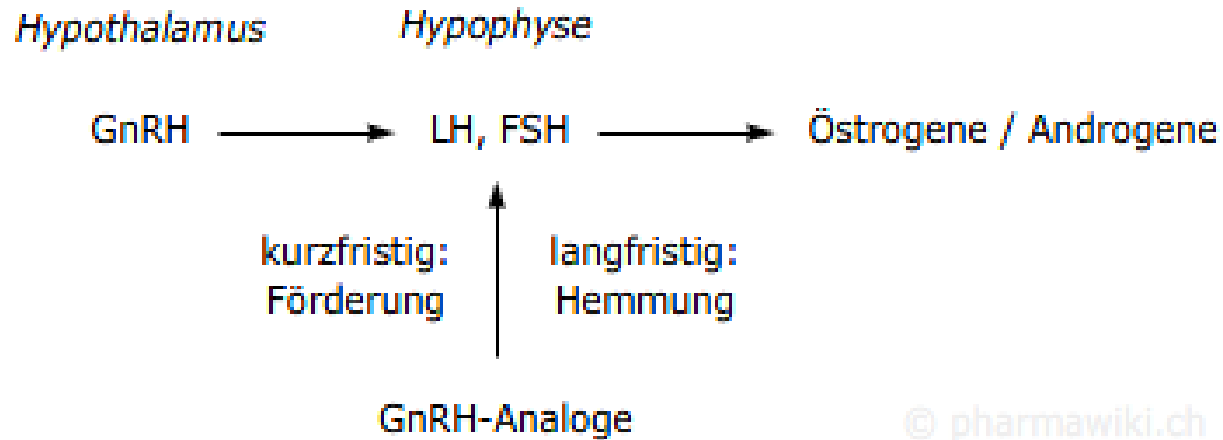
psychotherapeutische Begleitung und Gespräche mit Deinen Eltern bzw Erziehungsberechtigten und auch mit uns sind in dieser Zeit sehr wichtig.

GnRH (*Gonadotropin Releasing Hormone*) ist ein Hormon, das von der Hypophyse (= zentrale Hormonsteuerung im Kopf) gebildet wird, um die körperlichen Veränderungen der Pubertät in die Wege zu leiten, indem die Hormone LH/FSH freigesetzt werden (siehe die Zeichnung dazu).

LH und FSH wirken auf die Hoden oder Eierstöcke, die daraufhin Testosteron oder Östrogen produzieren. Das sind die Hormone, die für die körperlichen und psychischen Veränderungen der Pubertät verantwortlich sind. Das Medikament, das wir zur Blockade der Pubertätshormone verwenden, blockiert die Freisetzung von LH/FSH und damit auch deren Wirkungen auf den Körper und die Psyche.



Schritt 1: Pubertätshemmung, bei uns mit Lucrin®



Schritt 1: Pubertätshemmung

Tabelle 3:

Follow-up-Untersuchungen unter GnRH-Analoga gemäss Guideline (7)

Alle 3–6 Monate	Gewicht, Länge, (Sitzhöhe), Blutdruckmessung, Tanner-Stadien
Alle 6–12 Monate	Labor: LH, FSH, Testosteron oder Östradiol, 25-OH-Vitamin D
Alle 1–2 Jahre	Knochendichtemessung Knochenalterbestimmung (falls indiziert)

Schritt 2: Geschlechtsangleichende Hormontherapie

Start frühestens 6 Monate nach erfolgter pubertätshemmender Therapie
(mit psychotherapeutischer Begleitung)

Plus:

Einwilligung des Jugendlichen/ der Jugendlichen (+Elternteil) + Psychiater*in/
Psycholog*in + uns

- 1) MtF: Östrogen-Substitution in steigender Dosierung, per os/ **transdermal**
- 2) FtM: Testosteron (Testoviron®) in steigender Dosierung, i.m.

Schritt 2: Geschlechtsangleichende Hormontherapie

Patientenkleber

UKBB
kompetent & menschlich

Universitäts-Kinderspital beider Basel
Spitalstrasse 33 | Postfach | 4056 Basel | CH
T +41 61 704 12 12 | info@ukbb.ch | www.ukbb.ch

Geschlechtsangleichende Hormontherapie mit Östrogenen (weibliches Hormon) =Feminisierende Hormontherapie

im Rahmen einer Geschlechtsdysphorie-Behandlung bei Personen <18 Jahren

Diese Information soll Dich und Deine Eltern bzw. Deine Erziehungsberechtigten über die feminisierende Hormontherapie (=Therapie mit dem weiblichem Hormon Östrogen) informieren. Ihr bekommt darin Informationen über die Ziele der Behandlung, Wirkungen und Nebenwirkungen.

Bitte nimm Dir Zeit, die Informationen gut durchzulesen. Wir werden sie in der Sprechstunde besprechen, so dass Du Gelegenheit hast, Dich mit Fragen an uns zu wenden.

Was passiert in der männlichen Pubertät?

Die männliche Pubertät beginnt individuell verschieden, meist ab dem Alter von 10-11 Jahren. Das erste Zeichen dafür ist die Vergrößerung der Hoden. Im Verlauf produzieren die Hoden dann das männliche Hormon Testosteron, das zu Veränderungen der Genitalien (Vergrößerung der Hoden und Vergrößerung des Penis), zum Auftreten von Körperbehaarung, zum Stimmbruch usw. führt.

Die Fruchtbarkeit (Spermienproduktion) ist am Ende der Pubertät vollständig vorhanden, meist im Alter von 14-15 Jahren bei Personen, die dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden.

Worin besteht die geschlechtsangleichende Behandlung mit Östrogen?

Eine feminisierende Hormontherapie wird Personen angeboten, die bei Geburt dem männlichen Geschlecht zugeordnet wurden, die sich aber nicht mit dem männlichen Geschlecht identifizieren (=Geschlechtsinkongruenz/ Genderinkongruenz) und deswegen einen Leidensdruck haben (=Geschlechtsdysphorie/ Genderdysphorie).

Patientenkleber

UKBB
kompetent & menschlich

Universitäts-Kinderspital beider Basel
Spitalstrasse 33 | Postfach | 4056 Basel | CH
T +41 61 704 12 12 | info@ukbb.ch | www.ukbb.ch

Geschlechtsangleichende Hormontherapie mit Testosteron (männliches Hormon) =Maskulinisierende Hormontherapie

im Rahmen einer Geschlechtsdysphorie-Behandlung von Personen <18 Jahren

Diese Information soll Dich und Deine Eltern bzw. Deine Erziehungsberechtigten über die maskulinisierende Hormontherapie (=Therapie mit dem männlichen Sexualhormon Testosteron) informieren. Ihr bekommt darin Informationen über die Ziele der Behandlung, Wirkungen und Nebenwirkungen.

Bitte nimm Dir Zeit, die Informationen gut durchzulesen. Wir werden sie in der Sprechstunde besprechen, so dass Du Gelegenheit hast, Dich mit Fragen an uns zu wenden.

Was passiert in der weiblichen Pubertät?

Die weibliche Pubertät beginnt im Durchschnitt ab dem Alter von 9-10 Jahren. Die Eierstöcke produzieren Hormone, u.a. Östrogen, was zum Wachstum der Brüste und schließlich zur ersten Menstruation führt.

Die Fruchtbarkeit (Produktion von Eizellen) ist zum Ende der Pubertät vollständig ausgebildet, d. h. meist zum Zeitpunkt, wenn die Menstruation einsetzt. Ca 2 Jahre nach der 1. Menstruation ist das Wachstum dann abgeschlossen.

Worin besteht die geschlechtsangleichende Behandlung mit Testosteron?

Eine maskulinisierende Hormontherapie wird Personen angeboten, die bei Geburt dem weiblichen Geschlecht zugeordnet wurden, die sich aber nicht mit dem weiblichen Geschlecht identifizieren (=Geschlechtsinkongruenz/ Genderinkongruenz) und deswegen einen Leidensdruck haben (=Geschlechtsdysphorie/ Genderdysphorie). Ziel der Behandlung ist die Entwicklung von männlichen Geschlechtsmerkmalen, sowohl körperlich, z.B. Entwicklung einer tiefen Stimme, als auch psychisch. Es werden darunter keine

Schritt 2: Geschlechtsangleichende Hormontherapie

TABLE 14. Feminizing effects in MTF transsexual persons

Effect	Onset ^a	Maximum ^a
→ Redistribution of body fat	3–6 months	2–3 yr
→ Decrease in muscle mass and strength	3–6 months	1–2 yr
→ Softening of skin/decreased oiliness	3–6 months	Unknown
→ Decreased libido	1–3 months	3–6 months
→ Decreased spontaneous erections	1–3 months	3–6 months
→ Male sexual dysfunction	Variable	Variable
→ Breast growth	3–6 months	2–3 yr
→ Decreased testicular volume	3–6 months	2–3 yr
→ Decreased sperm production	Unknown	>3 yr
→ Decreased terminal hair growth	6–12 months	>3 yr ^b
→ Scalp hair	No regrowth	^c
→ Voice changes	None	^d

^a Estimates represent clinical observations. See Refs. 81, 92, and 93.

^b Complete removal of male sexual hair requires electrolysis, or laser treatment, or both.

^c Familial scalp hair loss may occur if estrogens are stopped.

^d Treatment by speech pathologists for voice training is most effective.

TABLE 13. Masculinizing effects in FTM transsexual persons

Effect	Onset (months) ^a	Maximum (yr) ^a
→ Skin oiliness/acne	1–6	1–2
→ Facial/body hair growth	6–12	4–5
→ Scalp hair loss	6–12	^b
→ Increased muscle mass/strength	6–12	2–5
→ Fat redistribution	1–6	2–5
→ Cessation of menses	2–6	^c
→ Clitoral enlargement	3–6	1–2
→ Vaginal atrophy	3–6	1–2
→ Deepening of voice	6–12	1–2

^a Estimates represent clinical observations. See Refs. 81, 92, and 93.

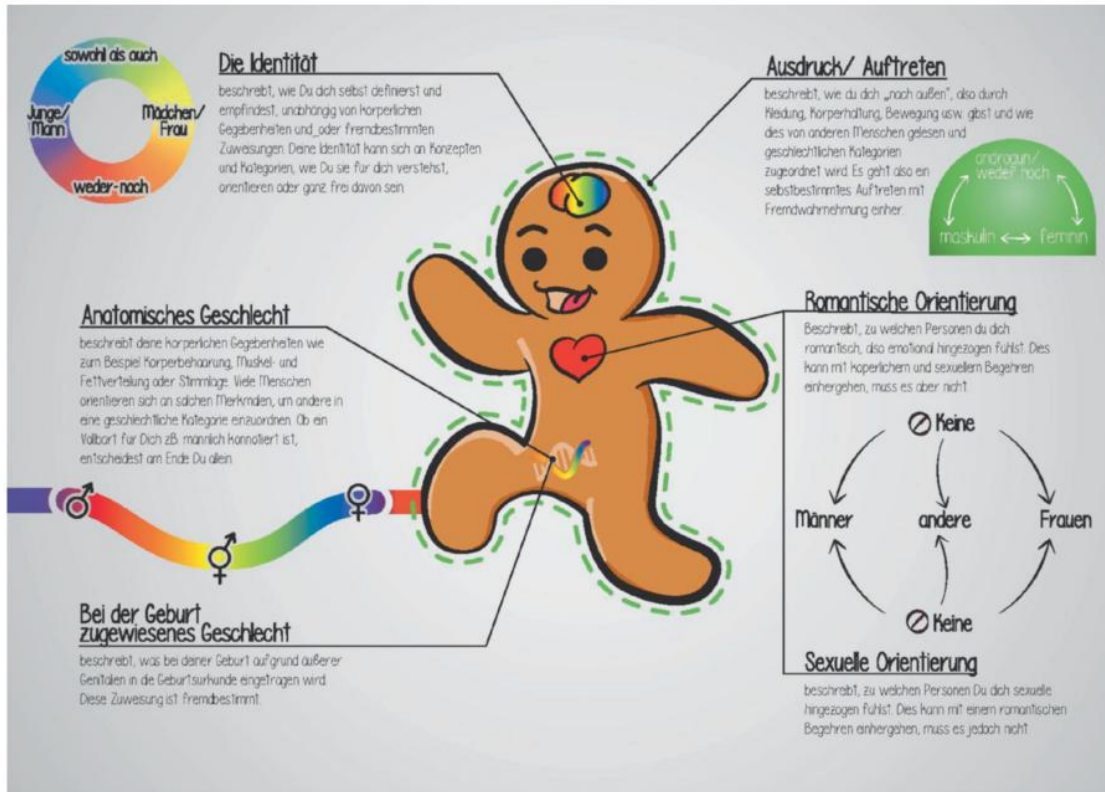
^b Prevention and treatment as recommended for biological men.

^c Menorrhagia requires diagnosis and treatment by a gynecologist.

Der Weg ist lang und steinig..



Adobe Stock / 100000041 007



.... Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Aspekt 8: Die Diagnose an sich.
Ist es überhaupt eine «Diagnose»?

Aspekt 8: Die Diagnose an sich.

Ist es überhaupt eine «Diagnose»?

