

Stand: 25.11.2025

Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universität Münster
Förderkennzeichen:	01VSF20033
Akronym:	TRANSKIDS-CARE
Projekttitel:	Somatomedizinische Behandlung bei Geschlechtsdysphorie im Jugendalter: Verbesserung der Versorgung durch epidemiologische und gesundheitsökonomische Evidenz
Autorinnen und Autoren:	Dirk Heider, André Karch, Hans-Helmut König, Katja Nettermann, Angela Rölver, Georg Romer
Förderzeitraum:	01.04.2021 - 30.09.2024
Ansprechpartner:	Univ.-Prof. Dr. med. Georg Romer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie Schmeddingstr. 50 48149 Münster T +49 251 83-5 66 08 F +49 251 83-5 62 49 sekre.romer@ukmuenster.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt TRANSKIDS-CARE wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF20033 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Die medizinische Versorgungspraxis für Minderjährige, deren Geschlechtsidentität anhaltend nicht den anatomisch-biologischen Gegebenheiten ihres Körpers entspricht (Geschlechtsinkongruenz, im folgenden GI), hat sich in den vergangenen Jahren rapide verändert. Bei Vorliegen einer persistierenden GI mit Geschlechtsdysphorie (GD), kann nach anerkannten internationalen Leitlinienstandards auch bei Jugendlichen eine gestufte Hormonbehandlung indiziert werden, um einen sozialen Rollenwechsel ins empfundene Geschlecht körpermedizinisch zu unterstützen. Ein Anstieg der Inanspruchnahme gesundheitsmedizinischer Leistungen und eine Verschiebung des Geschlechterverhältnisses zugunsten von Patient*innen, denen bei Geburt das weibliche Geschlecht zugewiesen wurde, ist bei Minderjährigen und in den letzten 10 Jahren – auch international- zu beobachten. Dieser Anstieg verunsichert viele Behandelnde in ihrer Versorgungspraxis. Es gibt nur wenige systematische Daten zur Inanspruchnahme gesundheitsmedizinischer Leistungen bei Minderjährigen mit GI/GD und wie die Inanspruchnahme sich über die letzten 10 Jahre bei Minderjährigen und Erwachsenen im Vergleich darstellt.

Methodik: Mit dem Projekt TRANSKIDS-CARE werden erstmalig die heterogene Versorgungsrealität sowie das Spektrum der Verläufe medizinischer Inanspruchnahme auf epidemiologischer und gesundheitsökonomischer Basis untersucht. Dazu werden Daten von mehr als 1000 Versicherten zweier großer Krankenkassen ausgewertet. Zusätzlich werden 3 relevante Behandelndengruppen (ausgewiesene klinische Expert*innen für Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter; niedergelassene Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendmedizin, niedergelassene Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie) bzgl. ihrer Versorgungserfahrungen und -bedarfe für Minderjährige mit GI/GD befragt und die Daten qualitativ ausgewertet.

Ergebnisse: Die Inzidenz der im Versorgungssystem kodierte Diagnose Geschlechtsdysphorie ist in einem 12-Jahres-Intervall bei Minderjährigen (von 15 pro 100 000 auf 49 pro 100 000 Versicherte (IRR = 3.2; KI [2.7; 3.8])), aber auch bei Erwachsenen (von 13 pro 100 000 Versicherte auf 39 pro 100 000 [IRR = 2.9; KI [2.5; 3.4]]) erheblich gestiegen. Der Anteil der neu diagnostizierten Patient*innen, denen bei Geburt das weibliche Geschlecht zugewiesen wurde, war sowohl bei Minderjährigen (71%) als auch bei Erwachsenen (65%) höher. Der Anteil der GI/GD-Patient*innen, die innerhalb von 2 Jahren nach ihrer ersten Diagnose eine Hormonbehandlung begannen, war bei Erwachsenen etwa doppelt so hoch wie bei Minderjährigen. Personen mit prävalenter GI/GD im Alter bis 30 Jahren hatten im Vergleich zu Personen ohne GI/GD einen höheren durchschnittlichen Ressourcenverbrauch und höhere Kosten (z. B. Differenz im Jahr 2019 +4 843 €, KI [4306 €; 5380 €], ausgeglichen für Alter, bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht, Grad der Verstärkung). Die klinischen Bedarfsanalysen zeigten über die befragten Behandelndengruppen hinweg einen steigenden Behandlungsbedarf und eine derzeit defizitäre Versorgungslage für Minderjährige mit GI/GD und ihren sorgeberechtigten Eltern auf.

Diskussion: Eine stetig wachsende Zahl von GI/GD-Patient*innen bis zum Alter von 30 Jahren nimmt Gesundheitsdienste für GI/GD-bezogene administrative Diagnosen in Anspruch; allerdings beginnt nur ein Teil dieser Personen innerhalb von zwei Jahren nach einer ersten GI/GD-bezogenen Diagnose mit medizinischen Behandlungen. Zeitliche Trends sowie das Geschlechterverhältnis waren bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 30 Jahren und bei Minderjährigen ähnlich. Personen mit GI/GD hatten einen höheren jährlichen

Ressourcenverbrauch und höhere Kosten als Kontrollpersonen. Die klinische Bedarfsanalyse zeigt einen hohen Versorgungsbedarf an, die Ausweitung von Versorgungsstrukturen für Minderjährige mit GI/GD ist notwendig.

Schlagerworte: Geschlechtsdysphorie; Jugendliche und junge Erwachsene, Epidemiologie, Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	8
II	Abbildungsverzeichnis	8
III	Tabellenverzeichnis	10
1	Projektziele	13
1.1	Hintergrund	13
1.2	Forschungsziele und Fragestellungen.....	14
1.2.1	Ziele Datenmanagement (Teilprojekt 1)	15
1.2.2	Ziele Epidemiologische Analysen (Teilprojekt 2).....	15
1.2.3	Ziele Gesundheitsökonomische Analysen (Teilprojekt 3):	16
1.2.4	Ziele Klinische Bedarfsanalysen und partizipative Versorgungsforschung (Teilprojekt 4)	17
2	Projektdurchführung	19
2.1	Projektbeteiligte	19
2.2	Beschreibung/ Darstellung des Projekts.....	19
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts	20
2.3.1	TP 1: Datenmanagement.....	20
2.3.2	TP 2: Epidemiologische Analysen	21
2.3.3	TP 3: Gesundheitsökonomische Analysen.....	22
2.3.4	TP 4: Klinische Bedarfsanalysen	22
2.4	Rechtsgrundlage	22
3	Methodik	23
3.1	Studiendesign	23
3.2	Stichprobengröße	23
3.3	Methode TP 1: Datenmanagement	24
3.4	Methode TP 2: Epidemiologische Analysen	27
3.5	Methode TP 3: Gesundheitsökonomische Analysen	30
3.5.1	Definition prävalenter und inzidenter Fälle für die gesundheitsökonomischen Analysen	31
3.5.2	Ein- und Ausschlusskriterien	31
3.5.3	Outcomes - Ressourcenverbrauch und Kosten	32
3.5.4	Statistische Analysen.....	33
3.5.5	Rekonstruktion des Geburtsgeschlechts.....	34
3.5.6	ICD-Codes der zur Balancierung verwendeter psychiatrischer Diagnosen	35
3.5.7	Umgang mit Matched Pairs (nach Alter, Geschlecht, Kreistyp)	35
3.6	Methode TP 4: Klinische Bedarfsanalysen.....	35
3.6.1	Literaturrecherche.....	36

3.6.2	Expert*inneninterviews	37
3.6.3	Multiperspektivische Versorgungsforschung.....	42
4	Projektergebnisse.....	43
4.1	TP 2: Ergebnisse epidemiologische Analysen	43
4.1.1	Ermittlung von Prävalenz- und Inzidenzzahlen für medizinische Inanspruchnahme.....	43
4.1.2	Ermittlung der Häufigkeit somatomedizinischer Interventionen im Zeitverlauf	52
4.1.3	Evaluation psychiatrischer Morbiditäts- und Komorbiditätslast.....	57
4.1.4	Ermittlung der Häufigkeit von Abbrüchen (Mögliche Regrets).....	62
4.1.5	Analyse des Zusammenhangs zwischen Strukturqualitäts-Merkmalen und Outcomes	66
4.2	TP 3: Ergebnisse gesundheitsökonomische Analysen	67
4.2.1	Welche Mehrkosten in der Versorgung entstanden im Jahr 2019 für 4- bis 30-jährige Versicherten mit prävalenten F64-/F66-Diagnosen und wie haben sich diese im Zeitverlauf entwickelt?	67
4.2.2	Welche Mehrkosten in der Versorgung entstanden im Jahr 2019 für 4- bis 30-jährige Versicherten mit prävalenten F64-/F66-Diagnosen und spezifischer Hormonbehandlung und wie haben sich diese entwickelt?	73
4.2.3	Welche Mehrkosten in der Versorgung entstanden für 4- bis 30-jährige Versicherte mit inzidenter F64-/F66-Diagnosen und wie haben sich diese entwickelt?	79
4.2.4	Welche Mehrkosten in der Versorgung entstanden für 4- bis 30-jährige Versicherte mit prävalenter F64-/F66-Diagnosen und inzidenter spezifischer Hormonbehandlung und wie haben sich diese entwickelt?	84
4.2.5	Welchen Einfluss haben patient*innenbezogene Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen etc.) bei Behandlungsbeginn auf die Kosten und gibt es einen Zusammenhang zwischen der Strukturqualität der psychischen Gesundheitsversorgung und den Versorgungskosten bei den Versicherten mit spezifischer Hormongabe?	88
4.3	TP 4: Ergebnisse klinische Bedarfsanalysen.....	91
4.3.1	Ergebnisse Expert*inneninterviews	92
4.3.2	Multiperspektivische Versorgungsforschung – Methoden und Ergebnisse der TRANS*KIDS-Studie	99
5	Diskussion der Projektergebnisse	101
5.1	TP 2: Epidemiologische Analysen	102
5.1.1	Inzidenz- und Prävalenzentwicklung.....	102
5.1.2	Somatomedizinische Interventionen	102
5.1.3	Psychiatrische Begleitdiagnosen	103
5.1.4	Behandlungsabbrüche bei begonnener Hormontherapie	103
5.1.5	Strukturqualitätsmerkmale	104
5.2	TP 3: Gesundheitsökonomische Analysen	105

5.2.1	Mehrkosten und deren Entwicklung im Zeitverlauf in der Versorgung im Jahr 2019 für 4- bis 30-jährige Versicherte mit prävalenten F64/F66-Diagnosen.....	105
5.2.2	Mehrkosten und deren Entwicklung im Zeitverlauf in der Versorgung im Jahr 2019 für 4- bis 30-jährige Versicherte mit prävalenten F64/F66-Diagnosen und spezifischer Hormonbehandlung	105
5.2.3	Mehrkosten und deren Entwicklung im Zeitverlauf in der Versorgung für 4- bis 30-jährige Versicherte mit inzidenter F64/F66-Diagnosen.....	106
5.2.4	Mehrkosten und deren Entwicklung im Zeitverlauf in der Versorgung für 4- bis 30-jährige Versicherte mit prävalenter F64/F66-Diagnosen und inzidenter spezifische Hormonbehandlung	106
5.2.5	Einfluss patientenbezogener Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen etc.) bei Behandlungsbeginn auf die Kosten und Zusammenhänge zwischen der Strukturqualität der psychischen Gesundheitsversorgung und den Versorgungskosten bei den Versicherten mit spezifischer Hormongabe	107
5.3	TP4: Klinische Bedarfsanalysen	107
5.3.1	Strukturelle Merkmale und regionale Verteilung spezialisierter medizinischer und psychosozialer Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche mit GI/GD.....	107
5.3.2	Anliegen und Bedarfe behandlingssuchender Kinder und Jugendlicher mit GI/GD du ihren Sorgeberechtigten	108
5.3.3	Vorerfahrungen von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD und ihren Sorgeberechtigten	108
5.3.4	Schwierigkeiten und Herausforderungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD	108
5.3.5	Behandlungserfahrungen mit Detransition und Desistenz	109
5.3.6	Behandlungserfahrungen betreffend der psychischen Gesundheit von Jugendlichen mit GI/GD nach somatomedizinischen Interventionen.....	109
5.3.7	Fachliche Vernetzung und Kooperation	109
5.3.8	Behandlungsbedarfe für eine adäquate Versorgung	109
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	110
6.1	Verwendung der epidemiologischen Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	110
6.1.1	Limitationen Epidemiologische Analysen.....	110
6.2	Verwendung der gesundheitsökonomischen Ergebnisse nach Ende der Förderung.	110
6.2.1	Limitationen Gesundheitsökonomische Analysen	111
6.3	Verwendung der Ergebnisse der klinischen Bedarfsanalysen nach Ende der Förderung	111
6.3.1	Limitationen Klinische Bedarfsanalysen.....	112
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	113
7.1	Erfolgte Veröffentlichungen	113
7.2	Geplante Veröffentlichungen	113
IV	Literaturverzeichnis.....	114

V Anlagen..... 118

I Abkürzungsverzeichnis

BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BKJPP	Berufsverband niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater*innen
BVKJ e.V.	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen
DDD	Definierte Tagesdosen
EbM	einheitliche Bewertungsmaßstab
FA	Facharzt/Fachärztin
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GD	Geschlechtsdysphorie
GD-EXP	Expert*innen für Geschlechtsdysphorie und Geschlechtsinkongruenz
GI	Geschlechtsinkongruenz
IA	Innovationsausschuss
IK	Institutionskennzeichen
IRR	Incidence Rate Ratio
KI	Konfidenzintervall
KiÄ	Kinder- und Jugendärzt*innen
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiater*innen
KKJP	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
PT	Psychotherapie
RR	Rate Ratio
TK	Techniker Krankenkasse
TP	Teilprojekt
WDWH	Wissenschafts-Datawarehouse

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kategorien der Strukturqualität der psychischen Gesundheitsversorgung bei somatomedizinisch behandelt jugendlichen Patient*innen mit Geschlechtsdysphorie.....	14
Abbildung 2: Projektstruktur TRANSKIDS-CARE.....	20
Abbildung 3: Datenfluss der Sozialdaten der 2 beteiligten Krankenkassen sowie die parallele Verarbeitung der Daten des Wissenschafts-Datawarehouse der BARMER	21
Abbildung 4: Prävalenzen der Minderjährigen und Erwachsenen basierend auf den Daten beider Krankenkassen der Jahre 2017 bis 2020.....	44

Abbildung 5: Prävalenzen der jungen Erwachsenen basierend auf der Datenlieferung beider Kassen der Jahre 2017 bis 2020 gruppiert nach Geburtsgeschlecht.....	45
Abbildung 6: Prävalenzen der Minderjährigen basierend auf der Datenlieferung beider Kassen der Jahre 2017 bis 2020 gruppiert nach Geburtsgeschlecht.....	45
Abbildung 7: Prävalenzen der Erwachsenen und Minderjährigen basierend auf dem WDWH der BARMER der Jahre 2010 bis 2021.....	46
Abbildung 8: Prävalenzen der Erwachsenen basierend auf dem WDWH der BARMER der Jahre 2010 bis 2021 gruppiert nach Geburtsgeschlecht.....	47
Abbildung 9: Prävalenzen der Minderjährigen basierend auf dem WDWH der BARMER der Jahre 2010 bis 2021 gruppiert nach Geburtsgeschlecht.....	48
Abbildung 10: Inzidenzen der Minderjährigen und Erwachsenen basierend auf der Datenlieferung der Jahre 2017 bis 2020, wobei für das Jahr 2017 keine inzidenten Diagnosen ermittelt werden können.....	48
Abbildung 11: Inzidenzen der Erwachsenen basierend auf der Datenlieferung der Jahre 2017 bis 2020 nach Geschlecht, wobei für das Jahr 2017 keine inzidenten Diagnosen ermittelt werden können.....	49
Abbildung 12: Inzidenzen der Minderjährigen basierend auf der Datenlieferung der Jahre 2017 bis 2020 nach Geschlecht, wobei für das Jahr 2017 keine inzidenten Diagnosen ermittelt werden können.....	49
Abbildung 13: Inzidenzen der Minderjährigen und Erwachsenen basierend auf den Daten des WDWH der Jahre 2010 bis 2021.....	50
Abbildung 14: Inzidenzen der Erwachsenen basierend auf den Daten des WDWH der Jahre 2010 bis 2021 getrennt nach Geburtsgeschlecht.....	50
Abbildung 15: Inzidenzen der Minderjährigen basierend auf den Daten des WDWH der Jahre 2010 bis 2021 getrennt nach Geburtsgeschlecht.....	51
Abbildung 16: Inzidenzen und Prävalenzen der Minderjährigen, hier aufgeteilt in Kinder und Jugendliche, sowie der Erwachsenen basierend auf den Daten des WDWH der Jahre 2010 bis 2021 getrennt nach Geburtsgeschlecht.....	52
Abbildung 17: Geschlechtsangleichende Operationen der 4- bis 30-Jährigen zusammengefasst für den Zeitraum 2017 bis 2020 in der Datenlieferung. Unterschieden wird hierbei in Genital-OPs und Brust-OPs.....	56
Abbildung 18: Geschlechtsangleichende Operationen der bis 30-Jährigen zusammengefasst für den Zeitraum 2010 bis 2021 im WDWH. Unterschieden wird hierbei in Genital-OPs und Brust-OPs.....	57
Abbildung 19: Psychiatrische Begleitdiagnosen der Minderjährigen vor und nach dem Beginn einer Hormonbehandlung in den Daten der Datenlieferung. Begleitdiagnosen, die zum entsprechenden Zeitpunkt weniger als fünf Personen Prozent betreffen, werden ausgeblendet.....	59
Abbildung 20: Psychiatrische Begleitdiagnosen der Erwachsenen vor und nach dem Beginn einer Hormonbehandlung in den Daten der Datenlieferung. Begleitdiagnosen, die zum entsprechenden Zeitpunkt weniger als 5 Prozent betreffen, werden ausgeblendet.....	59
Abbildung 21: Psychiatrische Begleitdiagnosen der Minderjährigen vor und nach dem Beginn einer Hormonbehandlung in den Daten des WDWH. Begleitdiagnosen, die zum entsprechenden Zeitpunkt weniger als 5 Personen betreffen, werden ausgeblendet.....	61

Abbildung 22: Psychiatrische Begleitdiagnosen der Erwachsenen vor und nach dem Beginn einer Hormonbehandlung in den Daten des WDWH. Begleitdiagnosen, die zum entsprechenden Zeitpunkt weniger als 5 Prozent betreffen, werden ausgeblendet.....	61
Abbildung 23: Kaplan-Meier Kurve zur Dauer der Einnahme von Hormonen und eventueller Abbrüche der Hormontherapie nach Alter und Hormon.....	63
Abbildung 24: Kaplan-Meier Graph zur Dauer der Einnahme von Hormonen und eventueller Abbrüche der Hormontherapie nach Geburtsgeschlecht und Altersgruppen .	64
Abbildung 25: Kaplan-Meier Graph zur Dauer der Einnahme von Hormonen und eventueller Abbrüche der Hormontherapie unter Berücksichtigung psychotherapeutischer Inanspruchnahme zum Zeitpunkt des Hormonstarts	65
Abbildung 26: Mittlere Gesamtkosten für Personen mit prävalenter GI/GD im Vergleich zu den Kontrollen nach Kalenderjahr.....	71
Abbildung 27: Mittlere Gesamtkosten 2019 für Personen mit prävalenter GI/GD im Vergleich zu Kontrollen nach dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht und den Altersgruppen	71
Abbildung 28: Mittlere Kosten 2019 für Personen mit prävalenter GI/GD (n = 3479) vs. Kontrollen (n = 97 268) nach Kostenbereichen.	72
Abbildung 29: Mittlere Gesamtkosten für Personen mit prävalenter GI/GD, die eine Hormontherapie erhalten, im Vergleich zu den Kontrollen nach Jahr.	77
Abbildung 30: Mittlere Gesamtkosten 2019 für Personen mit prävalenter GI/GD und Hormontherapie im Vergleich zu Kontrollen nach dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht und den Altersgruppen.	77
Abbildung 31: Mittlere Kosten 2019 für Personen mit prävalenter GI/GD und Hormontherapie (n = 2031) vs. Kontrollen (n = 97 268) nach Kostensektoren.	78
Abbildung 32: Aktuelle Versorgungslandschaft für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie.	91

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Projektbeteiligte	19
Tabelle 2: Liste der inkludierten ICD-10 Codes, welche auf eine GI/GD hinweisen und zur Identifikation von Patient*innen mit Geschlechtsdysphorie dienen.....	27
Tabelle 3: Wirkstoffe, die zur geschlechtsangleichenden Behandlung zum Einsatz kommen	28
Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien TP2	29
Tabelle 5: Ein- und Ausschlusskriterien	32
Tabelle 6: Konstruktion Geburtsgeschlecht.....	34
Tabelle 7: ICD-Codes der psychiatrischen Diagnosen	35
Tabelle 8: Übersicht internationaler Leitlinien (Stand 12/2021).....	36
Tabelle 9: Soziodemographische Angaben der befragten Behandelnden	39
Tabelle 10: Informationen zu den Patient*innen, die in die Auswertungen der Datenlieferung eingeschlossen wurden.....	43
Tabelle 11: Informationen zu den Patient*innen, die in die Auswertungen im WDWH eingeschlossen wurden.....	45

Tabelle 12: Prävalenzen der Minderjährigen und Erwachsenen basierend auf den Daten des WDWH der BARMER der Jahre 2010 bis 2021 gruppiert nach Geburtsgeschlecht, übersetzt übernommen aus Nettermann et al. (2025): https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5144641	46
Tabelle 13: Übersicht der prävalent vorkommenden Personen mit GI/GD in der Datenlieferung, die im Zeitraum Hormone nehmen. Abgebildet wird das Hormon, welches zuerst verordnet wurde. Bei gleichzeitiger Gabe (weniger als 2 Quartale zeitlicher Abstand) wird die Gabe als geschlechtsangleichendes Hormon gewertet.	53
Tabelle 14: Übersicht der Anteile aller Personen mit GI/GD in der Datenlieferung, die im Zeitraum Hormone nehmen	53
Tabelle 15: Übersicht der Anteile aller Personen mit GI/GD in der Datenlieferung, die im Zeitraum neu mit einer Hormonbehandlung starten.....	53
Tabelle 16: Übersicht der Anteile aller Personen mit GI/GD und mindestens 2 Jahre verfügbarem Follow-Up in der Datenlieferung, die im Zeitraum innerhalb von 2 Jahren nach einer Erstdiagnose neu mit einer Hormonbehandlung starten.....	53
Tabelle 17: Anteil der neubegonnenen Hormontherapien innerhalb von zwei Jahren nach inzidenter GI/GD-Diagnose bei Jugendlichen und Erwachsenen	54
Tabelle 18: Prozentuale Häufigkeiten von psychiatrischen Begleitdiagnosen bei Personen mit Erstverordnung im Beobachtungszeitraum basierend auf der Datenlieferung	58
Tabelle 19: Relative Häufigkeiten von psychiatrischen Begleitdiagnosen basierend auf dem W-DWH-Datensatz.....	60
Tabelle 20: Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlungen der Minderjährigen differenziert nach der besten Strukturqualität bis zu 2 Quartale vor einer Erstverordnung	67
Tabelle 21: Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlungen der Erwachsenen differenziert nach der besten Strukturqualität bis zu 2 Quartale vor einer Erstverordnung	67
Tabelle 22: Mittelwert (Varianz; Schiefe) ausgewählter Kovariaten bei Personen mit prävalenter GI/GD im Vergleich zu Kontrollpersonen, vor und nach Balancierung von Alter, bei der Geburt zugewiesenem Geschlecht und Art des Bezirks.....	69
Tabelle 23: Mittelwert (Varianz; Schiefe) ausgewählter Kovariaten bei Personen mit prävalenter GI/GD im Vergleich zu Kontrollen, vor und nach Balancierung von Alter, bei der Geburt zugewiesenem Geschlecht, Art des Bezirks und psychiatrischen Diagnosen	70
Tabelle 24: Unterschiede in Kosten (nach Altersgruppe, Geschlecht und Kostensektor) und Ressourcennutzung zwischen Personen mit prävalenter GI/GD ohne Hormongabe im Jahr 2019 und Kontrollpersonen sowie 95%-Konfidenzintervalle	73
Tabelle 25: Mittelwert (Varianz; Schiefe) ausgewählter Kovariaten bei Personen mit prävalenter GI/GD und Hormontherapie im Vergleich zu Kontrollpersonen, vor und nach Balancierung von Alter, bei der Geburt zugewiesenem Geschlecht und Art des Bezirks	75
Tabelle 26: Mittelwert (Varianz; Schiefe) ausgewählter Kovariaten bei Personen mit prävalenter GI/GD und Hormontherapie im Vergleich zu Kontrollpersonen, vor und nach Balancierung des Alters, des bei der Geburt zugewiesenen Geschlechts, der Art des Bezirks und der.....	76

Tabelle 27: Unterschiede in Kosten (nach Altersgruppe, Geschlecht und Kostensektor) und Ressourcennutzung zwischen Personen mit prävalenter GI/GD mit Hormongabe im Jahr 2019 und Kontrollpersonen sowie 95% Konfidenzintervalle	79
Tabelle 28: Mittelwert, Varianz und Schiefe bei Personen mit inzidenter GI/GD im Vergleich zu Kontrollen, vor und nach der Balancierung	80
Tabelle 29: Balancierte Random-Effects-Regressionsmodelle zur Berechnung der Mehrkosten von Personen mit inzidenter GI/GD im Vergleich zu den Kontrollen für alle Kostensektoren, n = 89 433 (GI/GD: n = 1215; KG: n = 88 218; Beobachtungen: n = 262 599)	83
Tabelle 30: Mittelwert, Varianz und Schiefe bei Personen mit prävalenter GI/GD und inzidenter Hormontherapie im Vergleich zu Kontrollen mit prävalenter GI/GD, vor und nach der Balancierung	85
Tabelle 31: Balancierte Random-Effects-Regressionsmodelle zur Berechnung der Mehrkosten von Personen mit prävalenter GI/GD und inzidenter Hormontherapie im Vergleich zu den Kontrollen für alle Kostensektoren, n = 1494 (GI/GD: n = 427; KG: n = 1067; Beobachtungen: n = 4415).....	87
Tabelle 32: Random-Effects-Regression Einfluss patientenbezogener Faktoren und der Strukturqualität zu Behandlungsbeginn auf Kosten von prävalenten GI/GD-Fällen mit inzidenter Hormongabe in 2019 (n = 427, Beobachtungen n = 836)	90
Tabelle 33: Soziodemografische Angaben der Teilnehmenden im Projekt TRANS*KIDS.....	100

1 Projektziele

1.1 Hintergrund

In den vergangenen zwei Jahrzehnten hat sich in der Medizin ein Paradigmenwechsel hin zur konsequenten Ent(psycho)pathologisierung geschlechts-nonkonformer Identitäten vollzogen (World Medical Association, 2015). Als krankheitswertig wird nunmehr ausschließlich die Geschlechtsdysphorie als reaktives psychisches Leiden Betroffener am nicht ihrem geschlechtlichen Zugehörigkeitsempfinden entsprechenden „falschen Körper“ verstanden. Die 2018 publizierte neue S3-Leitlinie für Geschlechtsdysphorie im Erwachsenenalter (DGfS, 2018) hat diesen Paradigmenwechsel in ihren Empfehlungen weitestgehend aufgegriffen (European Union Agency for Fundamental Rights., 2014; Pöge et al., 2020; Strauss et al., 2017). Für das Kindes- und Jugendalter ist aktuell eine entsprechende neue Leitlinie erschienen (DGKJP, 2025). Eine Übersichtsarbeit des Robert-Koch-Instituts kommt zu dem Schluss, dass in der medizinischen und rechtlichen Anerkennung transgeschlechtlicher Menschen nach wie vor große Defizite bestehen und dass wissenschaftliche Erkenntnisse noch ungenügend Eingang in die medizinische Praxis gefunden haben (Pöge et al., 2020). Die Autor*innen mahnen u.a. „für eine konkrete Planung und Umsetzung von Maßnahmen“ den „Ausbau der Datengrundlagen, nicht zuletzt auch in bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen“ an (Pöge et al., 2020, Seite 2). In den vergangenen 5 Jahren ist die Inanspruchnahme von spezialisierten Versorgungsangeboten für Minderjährige mit Geschlechtsdysphorie in vielen westlichen Industrieländern um ein Vielfaches angestiegen (Kaltiala et al., 2020).

Die sich daraus ergebenden Herausforderungen für die medizinische Versorgung sind immens. Befürchtungen erhöhter gesundheitlicher Risiken bei nicht fachgerecht indizierten somatomedizinischen Eingriffen in die biologische Reifeentwicklung (Korte et al., 2016), stehen dem durch Follow-Up-Studien belegten gesundheitlichen Nutzen einer frühzeitigen Behandlung entgegen, der durch eine deutliche und anhaltende Verbesserung der körperbezogenen Lebensqualität im Jugendalter und damit einhergehend durch eine Minimierung späterer psychiatrischer Morbidität im Erwachsenenalter auf das Niveau der Durchschnittsbevölkerung gekennzeichnet ist (Cohen-Kettenis et al., 2011; de Vries et al., 2011). Ferner gibt es keine Daten zur Frage, ob bei im Jugendalter begonnenen Hormonbehandlungen im weiteren Verlauf mit einer höheren oder geringeren Rate späterer Retransitionswünsche zu rechnen ist, als diese bei Erwachsenen bekannt sind. Die sich rapide verändernde Versorgungspraxis im Jugendalter ist aktuell Gegenstand heftiger fachlicher Kontroversen, mit denen sich der Deutsche Ethikrat (Deutscher Ethikrat, 2020) und jüngst die Schweizer Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin befasst haben (Nationale Ethikkommission Im Bereich der Humanmedizin NEK, 2024). Der Deutsche Ethikrat hat in seiner Ad hoc-Empfehlung ebenfalls die überaus spärliche Datenlage beklagt, die Behandelnden für verantwortungsvolle Entscheidungen zur Verfügung steht (Deutscher Ethikrat, 2020). Bisher existieren zudem weltweit keine Studien zu den medizinischen Versorgungskosten, die der GI/GD zugerechnet werden können.

Die Versorgungspraxis für Minderjährige mit GI/GD hat sich in den vergangenen Jahren rapide verändert. Nach anerkanntem internationalem Leitlinienstandard kann bei Jugendlichen, bei denen nach Eintritt der Pubertät deutliche Zeichen einer überdauernden GI/GD festgestellt werden, unter Einhaltung definierter Kriterien eine gestufte Hormonbehandlung indiziert sein, um einen sozialen Rollenwechsel ins trans*Geschlecht medizinisch zu unterstützen. Diese besteht in der Regel aus einer Pubertätssuppression, gefolgt von einer

geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung (Mahfouda et al., 2017, 2019; World Professional Association for Transgender Health, 2022). Gleichwohl gibt es in der Versorgungspraxis eine große Entscheidungsunsicherheit für Behandelnde. Um Entscheidungssicherheit und Versorgungsqualität zu verbessern, sind definierte Struktur- und Qualitätsstandards notwendig, für die eine epidemiologische Evidenzbasis fehlt. Zu den Gesundheitsleistungen bei begleiteten Transitionen von Patient*innen mit GI/GD gehört neben somatomedizinischen Interventionen (Hormonbehandlung und später geschlechtsangleichende OPs) in der Regel eine psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung (Cohen-Kettenis et al., 2011; Olson et al., 2011). Zudem können zu jedem Zeitpunkt vor oder nach der Transition psychosoziale Probleme und behandlungsbedürftige koinzidente psychische Störungen auftreten (Cole et al., 1997; Hepp et al., 2005; Olson et al., 2011; Reisner et al., 2016; Wallien et al., 2007). Bisher existieren keine Kostenstudien, die diese Inanspruchnahme monetär bewerten. Zudem soll der oben genannte rapide Anstieg an Fallzahlen auch hinsichtlich seiner gesundheitsökonomischen Relevanz untersucht werden. Außerdem wird Evidenz dazu benötigt, welche Faktoren mit variierenden Folgekosten einer medizinisch begleiteten Transition assoziiert sind.

1.2 Forschungsziele und Fragestellungen

Im Rahmen von TRANSKIDS-CARE sollten erstmalig die heterogene Versorgungsrealität sowie das Spektrum der Verläufe medizinischer Inanspruchnahme auf epidemiologischer und gesundheitsökonomischer Basis untersucht werden. Die in der Versorgungspraxis beobachtbare divergente Strukturqualität bei der psychischen Gesundheitsversorgung wurde dabei in drei Kategorien (A, B, C) unterteilt, die in Abbildung 1 dargestellt sind.

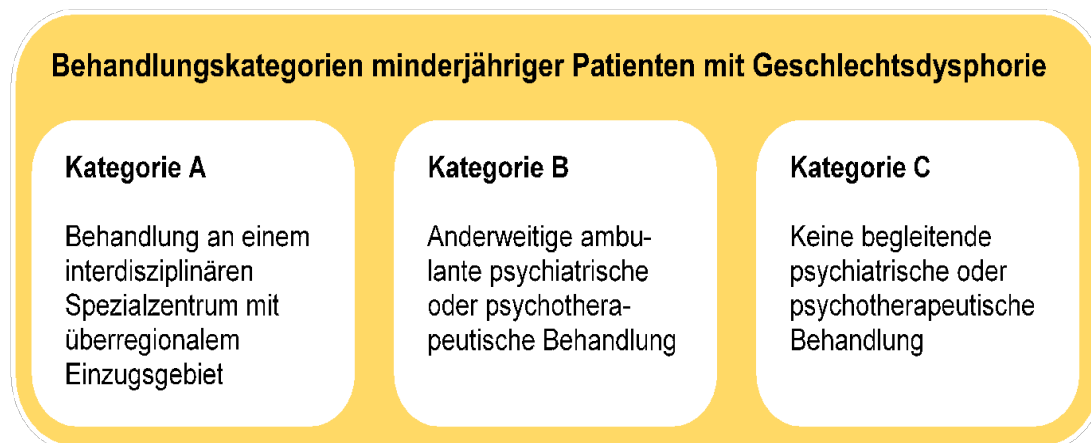


Abbildung 1: Kategorien der Strukturqualität der psychischen Gesundheitsversorgung bei somatomedizinisch behandelte jugendlichen Patient*innen mit Geschlechtsdysphorie

Die im Folgenden aufgelisteten Forschungsziele und Fragestellungen wurden in epidemiologische, gesundheitsökonomische sowie in Fragen zu klinischen Bedarfsanalysen unterteilt. Alle Ergebnisse werden zueinander integriert bewertet und interpretiert.

1.2.1 Ziele Datenmanagement (Teilprojekt 1)

Ziel 1: Datenbereitstellung

- Durch die kooperierenden Krankenkassen BARMER und TK soll jeweils ein Datenabzug unter zuvor vereinbarten Kriterien abgerufen werden. Diese pseudonymisierten Daten werden im Anschluss an eine Vertrauensstelle übermittelt, um einen einheitlichen Datensatz zu GI/GD-Patient*innen zu generieren.

Ziel 2: Datenzusammenführung

- Die Datenzusammenführung wird durch eine unabhängige Vertrauensstelle durchgeführt. Dabei werden die Daten beider Kassen zusammengeführt und in ein einheitliches Format gebracht sowie erneut pseudonymisiert. Hierbei wird außerdem unkenntlich gemacht, von welcher Krankenkasse welche Daten stammen.

Ziel 3: Datenharmonisierung

- Die Datenharmonisierung wird von Seiten der epidemiologischen Auswertungen übernommen und nach abgestimmten Kriterien werden Variablen erstellt, die für die weiteren Analysen in den Teilprojekten 2 und 3 einheitlich sein sollen. Generierte Variablen sind beispielsweise die Strukturqualität, das M2Q-Kriterium oder das angepasste Geburtsgeschlecht.

1.2.2 Ziele Epidemiologische Analysen (Teilprojekt 2)

Ziel 1: Ermittlung von Prävalenz- und Inzidenzzahlen für medizinische Inanspruchnahme:

- Wie hoch ist die absolute Prävalenz und Inzidenzrate bei Versicherten bis zum einschließlich 17. Lebensjahr, die medizinische Leistungen mit der Abrechnungsdiagnose GI/GD (F64.X/F66.X) erhalten?
- Wie hat sich die Inzidenz der Abrechnungsdiagnose GI/GD (F64.X/F66.X) im 4- und 12-Jahres-Verlauf (Untersuchungszeiträume 2017-2020 und 2010-2021) verändert?

Ziel 2: Ermittlung der Häufigkeit somatomedizinischer Interventionen im Zeitverlauf:

- Wie hoch ist der Anteil Versicherter bis 17 Jahre mit GI/GD-Diagnose, die in einem 4- und 12-Jahreszeitraum (2010-2021) eine pubertätssupprimierende oder geschlechtsangleichende Hormonbehandlung (spezifische ATC-Codes) erhalten haben?
- Lässt sich der Zeitraum vorbestehender F64-/F66-Diagnosen bestimmen? Wie lang ist die Dauer der Pubertätsblockade bis zum Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung?
- Wie häufig wurden im gleichen Zeitraum geschlechtsangleichende Operationen bei Versicherten dieser Altersgruppe durchgeführt (spezifische OPS-Codes, z.B. für Mastektomie)?
- Wie hat sich die Häufigkeit von Hormonbehandlungen und irreversibler chirurgischer Eingriffe zur Geschlechtsangleichung bei GI/GD-Patienten dieser Altersgruppe im Zeitverlauf verändert?

Ziel 3: Evaluation psychiatrischer Morbiditäts- und Komorbiditätslast:

- Welche psychischen Begleitdiagnosen wurden bei GI/GD-Patient*innen bis zum einschließlich 18. Lebensjahr vor und nach Beginn einer spezifischen Hormonbehandlung gestellt und in welcher Häufigkeitsverteilung nach Alter und Geschlecht?
- In welchem Umfang sind vor und nach dem Beginn spezifischer Hormonbehandlungen psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen durchgeführt worden und in welcher Häufigkeitsverteilung nach Alter und Geschlecht?

Ziel 4: Ermittlung der Häufigkeit von Abbrüchen (Regrets)

- Wie häufig kam es im 4- und 12-Jahreszeitraum (2010 bis 2019) nach einem Beginn spezifischer hormoneller Interventionen vor dem 18. Lebensjahr (ATC-Codes) zu Behandlungsabbrüchen (kein ATC-Code mehr)?
- Gibt es Assoziationen von patient*innenbezogenen Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen etc.) bei Behandlungsbeginn (erstmaliger ATC-Code) und dem Auftreten von Behandlungsabbrüchen?

Ziel 5: Analyse des Zusammenhangs zwischen Strukturqualitäts-Merkmalen und Outcomes

- Wie ist die Häufigkeitsverteilung unterschiedlicher Strukturstandards (siehe Abbildung 1) der psychischen Gesundheitsversorgung vor und nach Beginn spezifischer Hormonbehandlungen bei jugendlichen Versicherten mit GI/GD?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen Unterschieden in der Strukturqualität und der Auftretenswahrscheinlichkeit von Behandlungsabbrüchen nach Beginn einer spezifischen Hormontherapie?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen Unterschieden in der Strukturqualität und der psychiatrischen Morbiditätslast 2 Jahre nach Beginn einer spezifischen Hormontherapie?

1.2.3 Ziele Gesundheitsökonomische Analysen (Teilprojekt 3):

Die ursprünglich im Projektantrag für Teilprojekt 3 aufgelisteten 4 Forschungsfragen/-hypothesen wurden im Verlauf des Projektes wie folgt präzisiert und um eine Frage erweitert und werden in den jeweils angegebenen Textabschnitten behandelt:

- A. Welche Mehrkosten in der Versorgung entstanden im Jahr 2019 für 4- bis 30-jährige Versicherte mit prävalenten F64/F66-Diagnosen und wie haben sich diese im Zeitverlauf entwickelt?
- B. Welche Mehrkosten in der Versorgung entstanden im Jahr 2019 für 4- bis 30-jährige Versicherte mit prävalenten F64/F66-Diagnosen und spezifischer Hormonbehandlung und wie haben sich diese im Zeitverlauf entwickelt?
- C. Welche Mehrkosten in der Versorgung entstanden für 4- bis 30-jährige Versicherte mit inzidenter F64/F66-Diagnosen und wie haben sich diese im Zeitverlauf entwickelt?
- D. Welche Mehrkosten in der Versorgung entstanden für 4- bis 30-jährige Versicherte mit F64/F66-Diagnosen und inzidenter spezifischer Hormonbehandlung und wie haben sich diese im Zeitverlauf entwickelt?

- E. Welchen Einfluss haben patient*innenbezogene Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen etc.) bei Behandlungsbeginn auf die Kosten und gibt es einen Zusammenhang zwischen der Strukturqualität der psychischen Gesundheitsversorgung und den Versorgungskosten bei den Versicherten mit spezifischer Hormongabe?

In Abstimmung mit Teilprojekt 2 erfolgte zu diesem Zweck eine Präzisierung der Diagnosekriterien (ICD-Codes F64/F66) für eine GI/GD sowie die Ausweitung der zu untersuchenden Population auf die bis 30-Jährigen. Darüber hinaus erfolgte eine Unterscheidung zwischen prävalenten und inzidenten GI/GD-Fällen sowie eine Unterscheidung zwischen allen GI/GD-Fällen und GI/GD-Fällen mit spezifischer Hormonbehandlung wie im Abschnitt 3.5.1 ausgeführt.

1.2.4 Ziele Klinische Bedarfsanalysen und partizipative Versorgungsforschung (Teilprojekt 4)

Im Teilprojekt 4 soll die deutschlandweite Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche mit GI/GD aus multiplen Perspektiven beschrieben werden.

Für eine inhaltliche Einbettung der Ergebnisse von Teilprojekt 2 und 3 und deren zielführende Verwertung bedarf es einer differenzierten Analyse der heterogenen Versorgungslandschaft. Hierfür wird die im Folgenden beschriebene multimethodale Herangehensweise mit sich ergänzenden Zugängen gewählt, um folgende Hauptfragestellungen zu beantworten:

1. Welche regionalen Unterschiede und Besonderheiten gibt es für die Versorgungs- und Zugangswege von minderjährigen Versicherten mit F64-Diagnose zu qualifizierter Behandlung?
2. Wie wird die Versorgungssituation und der sich aktuell verändernde Versorgungsbedarf aus Sicht von Expert*innen bewertet?
3. Wie verhalten sich die Ergebnisse der klinischen Bedarfsanalysen aus Sicht von Expert*innen zu dem Versorgungsbedarf und Erfahrungen mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aus der Perspektive betroffener Jugendlicher und ihrer sorgeberechtigten Eltern?

Zugang Literatur: Aus der internationalen Literatur wird eine Übersicht zu bisherigen Leitlinien, Qualitätsstandards und Praxisempfehlungen für eine qualifizierte interdisziplinäre Versorgung von minderjährigen Patient*innen mit GI/GD sowie zur Versorgungsevidenz erstellt. Daraus soll der expert*innendefinierte und empirisch begründete Versorgungsstandard für die Zielgruppe als Übersicht dargestellt werden.

Zugang Expert*innen: Ergänzend zur Literaturanalyse soll eine expert*innenbasierte Abschätzung der spezifischen Bedarfslage erfolgen. Neben der Einschätzung des Bedarfs sollen auch Struktur und Einzugsgebiet des jeweiligen Angebotes sowie Merkmale kooperierender Einrichtungen und Hilfsangebote erfragt werden. Um nicht nur die „Leuchttürme“ bestehender Angebote zu erfassen, sondern auch Aussagen bzgl. der gesamten Breite der derzeitigen Regelversorgung treffen zu können, werden somit folgende Expert*innen in strukturierten Telefoninterviews zum eingeschätzten Bedarf und zur Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten für Kinder- und Jugendliche mit GI/GD befragt:

- ausgewiesene klinische Expert*innen für Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter

- niedergelassene Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendmedizin (pädiatrische Primärversorgung)
- niedergelassene Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie (kinder- und jugendpsychiatrische Primärversorgung)

Hierbei werden vorrangig folgende Fragestellungen untersucht:

1. Welche Anliegen und Bedarfe werden von behandlingssuchenden Kindern und Jugendlichen mit GI/GD und ihren Sorgeberechtigten in der Primärversorgung gegenüber Behandelnden geäußert?
2. Welche Vorerfahrungen im Gesundheitswesen berichten behandlingssuchende Kinder und Jugendliche mit GI/GD und ihre Sorgeberechtigten, die sich erstmalig an ein spezialisiertes Versorgungsangebot wenden?
3. Welche Schwierigkeiten und Herausforderungen bei medizinischen Entscheidungsfindungsprozessen für oder gegen die Indikationsstellung zu somatomedizinischen Interventionen bei Minderjährigen mit GI/GD werden von Expert*innen in hierfür spezialisierten Einrichtungen berichtet?
4. Welche Erfahrungen mit späteren Reentransitionswünschen von Patient*innen mit GI/GD, bei denen vor dem 18. Lebensjahr eine somatomedizinische Behandlung zur Unterstützung der Transition begonnen wurde, werden von Expert*innen in hierfür spezialisierten Einrichtungen berichtet?
5. Welche Erfahrungen mit mittel- und langfristig ungünstigen Verläufen bezogen auf die psychische Gesundheit nach Beginn somatomedizinischer Interventionen im Jugendalter bei Patient*innen mit GI/GD werden von Expert*innen in hierfür spezialisierten Einrichtungen berichtet?
6. Welche Bedarfe zur Sicherstellung einer hinreichenden Strukturqualität für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD gibt es in der Einschätzung von Expert*innen in hierfür spezialisierten Einrichtungen?

Zugang Behandlungssuchende: Ergänzend sollen Versorgungsbedarf und Erfahrungen mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aus der Perspektive betroffener Jugendlicher und ihrer sorgeberechtigten Eltern dargestellt werden. Hierzu werden audiografierte Interviews zu Bedürfnissen und Erfahrungen minderjähriger gender-nonkonformer Personen im Gesundheitswesen, die im Rahmen eines vom Hauptantragsteller koordinierten und vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Projekts bundesweit erhoben werden ($n = 50$) und zu Projektbeginn als Datenmaterial bereits vorliegen, separat inhaltsanalytisch extrahiert.

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Tabelle 1: Projektbeteiligte

Institution	Beteiligte
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie, Universitätsklinikum Münster	Prof. Dr. Georg Romer; PI; Projektleitung TP4 Mitarbeitende: Lisa Wedekind, M.Sc; Rodrigo Anez Parada; Dr.rer.nat. Dipl.-Psych. Angela Rölver, Jens Kanthak
Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universität Münster	Prof. Dr. André Karch; Projektleitung TP1 und TP2 Mitarbeitende: Dr. Veronika Jäger, Katja Nettermann, M.Sc.; Dr. Alicia Basoglu; Laura Buschmann, MSc; Birte Claes
Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Prof. Hans-Helmut König; Projektleitung TP3 Mitarbeitende: Dr. Claudia Schulz
Institut für Gesundheitssystemforschung BARMER Hauptverwaltung	Dr. Ursula Marschall; Bereitstellung Versichertendaten, Dateninterpretation
Versorgungsmanagement Entwicklung Techniker Krankenkasse	Dr. Dirk Horenkamp-Sonntag; Bereitstellung Versichertendaten, Dateninterpretation

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

Durch das interdisziplinäre Projekt TRANSKIDS-CARE wurde erstmalig eine Datengrundlage für eine bundesweite Bestandsaufnahme der sich dynamisch verändernden Versorgungsrealität für minderjährige Versicherte mit GD ermöglicht. Dafür arbeiteten zwei der größten deutschen Krankenkassen, BARMER und Techniker, mit den oben aufgeführten epidemiologischen, gesundheitsökonomischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Lehrstühlen zusammen (siehe Auflistung Projektbeteiligte und Abbildung 2). Follow-Up-Daten zur psychiatrischen Morbiditätslast mehrere Jahre nach Beginn hormoneller Interventionen bei Minderjährigen mit GI/GD wurden generiert.

Die Projektergebnisse werden genutzt, um die flächendeckende Realisierung von Struktur- und Qualitätsstandards nachhaltig zu verbessern. Für Behandelnde und Behandlungssuchende entsteht durch die Projektergebnisse eine deutlich verbesserte Evidenzbasierung für individuell zu entwickelnde Behandlungsentscheidungen.

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

Das interdisziplinäre Projekt TRANSKIDS-CARE bestand aus insgesamt vier Teilprojekten, die im Folgenden näher erläutert werden. Die Teilprojekte 1 bis 3 gehören inhaltlich zusammen (siehe Abbildung 2). Es wurden in einer Kohortenstudie auf der Basis von Krankenkassendaten die epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Fragestellungen des Projektes beantwortet. TP 4 bildet ein mit dem Fokus der klinischen Bedarfsanalyse ein eigenständiges Projekt. Die Laufzeit des Projekts TRANSKIDS-CARE wurde um ein halbes Jahr kostenneutral bis zum 30.09.24 verlängert.

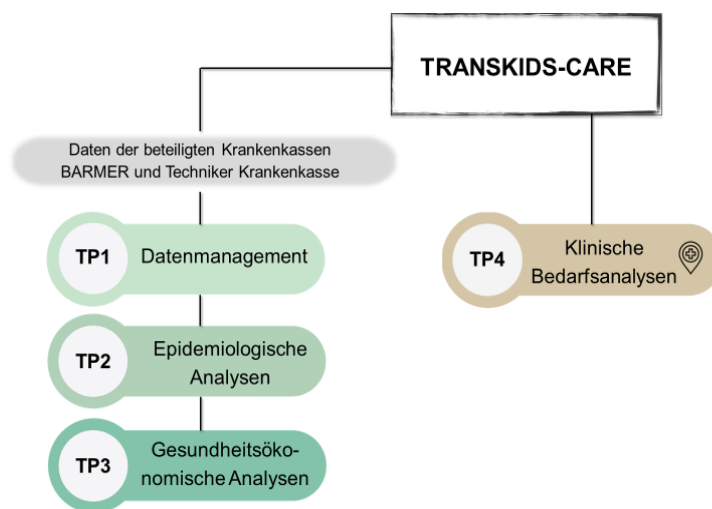


Abbildung 2: Projektstruktur TRANSKIDS-CARE

2.3.1 TP 1: Datenmanagement

In Teilprojekt 1 wurden die Daten für die Analysen in den Teilprojekten 2 und 3 vorbereitet. Um einen einheitlichen Datensatz zu erstellen, mit dem die vorbereiteten Fragestellungen beantwortet werden können, musste in zahlreichen Videokonferenzen besprochen werden, welche Daten dafür benötigt werden und auch, welche Daten ausreichen, um möglichst wenige Daten zu erhalten. Hierbei wurde sich auf eine Datensatzbeschreibung geeinigt, in der Daten aus allen drei Sektoren, den niedergelassenen Ärzt*innen, ambulante Versorgung im Krankenhaus und stationäre Versorgung im Krankenhaus, einbezogen werden. Die Daten enthielten Versicherteninformationen, Daten zu ATC-Codes (Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation), OPS-Codes (Operationen- und Prozedurenschlüssel) und EbM-Ziffern (einheitlicher Bewertungsmaßstab). Für die Einordnung von Behandlungen in eine Strukturqualitätsvariable war außerdem geplant, Behandlungen in Spezialambulanzen anhand von IK-Nummern (Institutionskennzeichen) und Betriebsstättennummern in drei Kategorien (A, B, C) einzuordnen. Zur Zeit des geplanten Datenabzugs stellte sich heraus, dass dieser Weg aufgrund fehlender Informationen in der Variable der Betriebsstättennummern nicht umsetzbar ist. Deshalb wurde die Erstellung der Strukturqualitätsvariable anhand der Information des IK und der Information „Quelle“ umgesetzt. Die Information Quelle zeigt hierbei an, nach welchem Paragraphen abgerechnet wurde und hiermit kann extrahiert werden, ob es sich um eine Psychiatrische Institutsambulanz bzw. ein Psychiatrisches

Universitätsinstitut handelt. Mit diesen Informationen ist eine Einordnung in die Kategorien A, B und C möglich.

Ursprünglich war die Analyse eines 10-Jahres-Zeitraums im BARMER Wissenschafts-Datawarehouse (WDWH) angedacht. Diesen Zeitraum konnte im Projektverlauf auf 12 Jahre verlängert werden. Hierbei wurden die zu Beginn des Projektes aktuellsten Jahre eingeschlossen und der Endpunkt überschritt den Beginn der Corona-Pandemie. Bei den gelieferten Daten war ein 5-Jahres-Datensatz angedacht. Es war nicht möglich von beiden Kassen einen 5-Jahres-Datensatz zu erhalten, da die Kassen ihre Löschfristen der Sozialdaten einhalten müssen. Aus diesen Gründen haben wir einen verlängerten Datensatz des WDWH von 12 Jahren und einen verkürzten Datensatz beider Kassen von 4 Jahren analysieren können.

Die generierten, pseudonymisierten Sozialdaten der zwei Krankenkassen BARMER und Techniker Krankenkasse wurden von einer Vertrauensstelle zusammengefügt und ein zweites Mal pseudonymisiert. Nach der zweiten Pseudonymisierung der Vertrauensstelle wurden die Daten den auswertenden Stellen von Teilprojekt 2 und 3 bereitgestellt.

Die weitere Datenharmonisierung wurde von der auswertenden Stelle EPID ausgeführt. Die folgenden Schritte zur Generierung grundlegender Variablen wurden dabei ausgeführt, die zur weiteren Bearbeitung und als Filter dienten. Zudem wurden die Daten des BARMER Wissenschafts-Datawarehouse aufbereitet und, soweit möglich, in das gleiche Format gebracht.

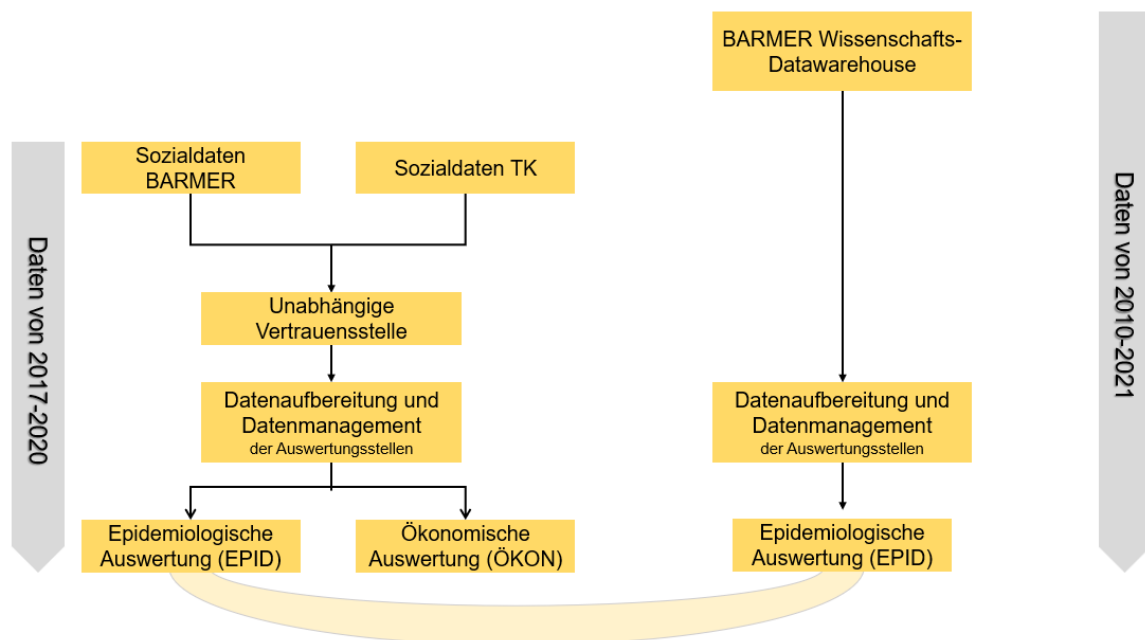


Abbildung 3: Datenfluss der Sozialdaten der 2 beteiligten Krankenkassen sowie die parallele Verarbeitung der Daten des Wissenschafts-Datawarehouse der BARMER

2.3.2 TP 2: Epidemiologische Analysen

In Teilprojekt 2 wurden ausgehend von den harmonisierten und zusammengeführten Sekundärdatensätzen aus Teilprojekt 1 die Beantwortung der Fragestellungen der o.g. Forschungsziele 1 bis 5 umgesetzt. Das gleiche gilt für die Bearbeitung des Datensatzes im WDWH der BARMER. Für alle epidemiologischen Fragestellungen wurden dabei einerseits

zunächst die 12-Jahres-Daten des BARMER WDWH analysiert, um einen möglichst langen Beobachtungszeitraum zur Verfügung zu haben. Im Anschluss wurden die 4-Jahres Sozialdaten der BARMER und TK analysiert, um eine größtmögliche Repräsentativität der Bevölkerung zu gewährleisten.

2.3.3 TP 3: Gesundheitsökonomische Analysen

Die im TP3 erfolgten Analysen basieren ausschließlich auf den von Barmer und TK zur Verfügung gestellten und der beteiligten Vertrauensstelle zusammengeführten Sekundärdaten (4-Jahres Sozialdaten). Die ursprüngliche Datenübermittlung an die Vertrauensstelle war für den 31.03.2022 terminiert. Nach der erfolgten Zusammenführung und Pseudonymisierung der Daten durch die Vertrauensstelle sollten die Daten am 30.06.2022 an TP2 und TP3 übermittelt werden. Die Aufbereitung und Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität der Daten erfolgte anschließend in enger Abstimmung zwischen TP2 und TP3. Dabei zeigten sich wiederholt Hinweise auf Implausibilitäten und Unvollständigkeiten der Daten, die einen erneuten Datenabzug bei den beteiligten Kassen sowie das Einschalten der Vertrauensstelle erforderten. Dies führte zur Bereitstellung korrigierter Datenlieferungen am 24.11.2023 und am 07.02.2024. Die abschließenden Analysen im TP3 verzögerten sich dadurch mehrfach, konnten aber vor Ablauf des Projektes abgeschlossen werden.

2.3.4 TP 4: Klinische Bedarfsanalysen

In Teilprojekt 4 erfolgte für die Beantwortung der Fragestellungen zu Beginn eine ausführliche Literaturrecherche sowie die Ausarbeitung der Erhebungsmethodik. Für die Befragung der Behandelndengruppen (Expert*innen für Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter, niedergelassene Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendmedizin, niedergelassene Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wurden bestehende Adressenverteiler aktualisiert und zusätzlich bundesweit postalische Adressen recherchiert. Auf der Basis der Literaturrecherche wurde dann ein Interviewleitfaden erstellt, der an ausgewählten Expert*innen pilotiert wurde (siehe Anlage 1). Die Rekrutierung der Expert*innen für Geschlechtsdysphorie (EXP-GD) erfolgte von November 2022 bis Januar 2023. Die Rekrutierung der Kinder- und Jugendärzt*innen (KiÄ) und der Kinder- und Jugendpsychiater*innen (KJPP), die auch von den entsprechenden Bundesvorständen (bvkj e.V. und BKJPP e.V.) unterstützt wurde, erfolgte dann von November 2022 bis April 2023. Die vereinbarten telefonischen Interviews für die EXP-GD, die KiÄ und die KJPP fanden dann weitestgehend parallel statt. Die Auswertung der transkribierten Interviews erfolgte methodisch nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Für die Integration der Perspektive Betroffener wurde auf Veröffentlichungen des TRANS*KIDS-Projektes zurückgegriffen und die Ergebnisse aus den Expert*innenbefragungen damit verglichen.

2.4 Rechtsgrundlage

Die Rechtsgrundlage zur Verarbeitung der im Projekt verwendeten Sozial- und Gesundheitsdaten beläuft sich auf Art. 9 Abs. 2 lit j DSGVO i.V.m. § 75 SGB X. Als Datenlieferanten fungierten das Datawarehouse der Barmer Krankenkasse und das Datawarehouse der Techniker Krankenkasse (TK).

3 Methodik

3.1 Studiendesign

In diesem Projekt wurde im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse eine historische Kohortenstudie durchgeführt. Zwei unterschiedliche Datenquellen wurden für die Analysen des Projektes ausgewählt. Zum einen wurde das WDWH der BARMER genutzt, um die Versorgungssituation von GI/GD-Patient*innen in Deutschland von 2010 bis 2021 zu untersuchen. Zum anderen wurde ein Datensatz erstellt, der Versorgungsdaten von GI/GD-Patient*innen der Krankenkassen BARMER und Techniker Krankenkasse von 2017 bis 2020 enthält. Die Daten beider Kassen wurden durch eine unabhängige Vertrauensstelle zu einem einheitlichen Datensatz zusammengefügt, der von den auswertenden Stellen in Münster und Hamburg analysiert werden konnte. In beiden Datensätzen wurden die Daten gleichermaßen bearbeitet.

In diesem einheitlichen Datensatz wurden Fälle mit GI/GD-Diagnose mit einer von den Krankenkassen vorausgewählten Kontrollgruppe zusammengeführt, die sich aus Personen zusammensetzte, die in den Leistungsdaten im Beobachtungszeitraum keine GI/GD-Diagnose hatten, aber ein ähnliches Alter, Geschlecht bei der Geburt und eine ähnliche Wohngegend aufwiesen wie die Patient*innen mit GI/GD. Die Diagnose GI/GD wurde anhand der ICD-10-GM Diagnosecodes F64.0, F64.2, F64.8, F64.9, F66.0, F66.1, F66.2, F66.8, F66.9 in den Daten definiert. F64.1 wurde in diesen Analysen ausgeschlossen, da die Beschreibung in den ICD-10 keine Geschlechtsinkongruenz beschreibt, sondern die Präferenz des Tragens von Kleidung, die dem anderen Geschlecht zugeordnet wird. Die Diagnose F66.2 wird ebenfalls bei Unsicherheiten bzgl. der eigenen Sexualität genutzt. Sexuelle Präferenzen stehen dabei nicht (unbedingt) im Zusammenhang mit einer GI/GD, sodass dieser Diagnosecode nicht als ausreichend definiert wurde. Aus diesem Grund wurde die Diagnose F66.2 nur einbezogen, falls ebenfalls zu einem beliebigen Zeitpunkt eine F64.X Diagnose auftaucht.

Da der Code F64.2 für Kinder und Jugendliche ausgelegt ist und bei der Beschreibung auf F66 verwiesen wird, ist speziell für die Subgruppe der jungen Erwachsenen die Nutzung der Codes F66.X notwendig. Zum Ausschluss aus der Studienpopulation führte eine bzw. mehrere im Zeitraum vorliegende DSD-Diagnose(n), die das M2Q-Kriterium erfüllt/erfüllen (differences of sex development).

3.2 Stichprobengröße

Primäres Ziel bei der Zusammenstellung der Stichprobe war eine möglichst breite Abdeckung der deutschen Bevölkerung. Insgesamt bildeten BARMER und Techniker Krankenkasse dabei im Analysezeitraum zusammengerechnet 19.8 Millionen Versicherte ab (entspricht 23.8% der Gesamtbevölkerung). Eine formale Fallzahlberechnung fand aufgrund der Natur des Projektes nicht statt; stattdessen wurden vorab Powerabschätzung durchgeführt, um die Umsetzbarkeit der Fragestellungen auf der Datenbasis abschätzen zu können. Im initialen (später erweiterten) Projektplan war eine Betrachtung der Altersgruppe 13 bis 18 Jahre geplant, auf die sich folgende Pilotauswertungen beziehen: Laut Statistischem Bundesamt sind 5.58% der Gesamtbevölkerung 13 bis 18 Jahre alt. In einer Pilotauswertung mit Daten des BARMER WDWH hatten wir ermittelt, dass zwischen 2014 und 2018 unter Anwendung spezifischer Einschlusskriterien rund 900 Patient*innen in dieser Altersgruppe eine GI/GD-Diagnose (F64.0, F64.2, F64.8 oder 64.9) erhalten haben. Da die TK eine ähnlich hohe Anzahl von

Versicherten wie die BARMER hat, allerdings mit einem jüngeren Altersprofil, erwarteten wir, dass die Anzahl 13- bis 18-jähriger Versicherter bei der TK in der Tendenz etwas größer ist als bei der BARMER. Berücksichtigt man den rapiden Anstieg der Behandlungsfälle von Jahr zu Jahr im Zeitraum 2015 bis 2018, war für 2019 ein nochmals deutlicher Anstieg der Fallzahlen zu erwarten. Das führt zu einer zu erwartenden Stichprobengröße im Untersuchungszeitraum 2015 bis 2019 von $n > 2000$ 13- bis 18-jähriger Versicherter mit GI/GD-Diagnose, davon schätzungsweise mindestens 50%, d.h. $n > 1000$ mit einer im Indexzeitraum begonnenen oder laufenden Hormonbehandlung.

In den Daten des WDWH befinden sich für den Beobachtungszeitraum 19324 Versicherte, die eine GD-Diagnose erhalten haben, 8770 davon erfüllten das M2Q-Kriterium aus TP2. In der Datenlieferung beider Kassen ergab sich eine Stichprobe von 28296 Versicherten, das M2Q-Kriterium aus TP2 erfüllten davon 11127 Patient*innen.

3.3 Methode TP 1: Datenmanagement

In einem ersten Schritt wurden in Abstimmung zwischen den Konsortialpartnern die für die Analysen notwendigen Datenitems definiert (z.B. ICD-10, ATC-, OPS-Codes). Diese wurden dann von den einzelnen Versicherungsträgern harmonisiert, um eine gemeinsame Nutzung der 2 Datenquellen in einem Datensatz zu ermöglichen. Nachdem die Datennutzung durch das Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS) bewilligt wurde, wurden im nächsten Schritt die Daten an eine unabhängige Treuhandstelle weitergeleitet, die die Sozialdaten von BARMER und TK zu einem Datensatz zusammengefügt hat unter Entfernung aller Merkmale, anhand derer Personen und Versicherungsträger identifizierbar sind. Die Treuhandstelle fungierte für die Restlaufzeit des Projekts als Kommunikationsbrücke zwischen den Projektpartnern und den beteiligten Krankenkassen für den Fall, dass direkte datenbezogene Abklärungen notwendig werden. Darauffolgend wurden die Daten datenschutzkonform an die Konsortialpartner MS-EPID und HH-OEKO übermittelt. Hier fand die Aufbereitung der übermittelten Datensätze in jeweils einen epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Analysedatensatz statt. Die Grundlage für die Aufbereitung wird in Form von Skripten und Dokumentationen von MS-EPID erstellt und mit HH-OEKO geteilt. Zusätzlich bereitete MS-EPID die Daten des BARMER Wissenschafts-Datwarehouse analog zu den Sozialdaten auf. Die Umsetzung der unter 3.2 beschriebenen Schritte umfassen die Arbeit des Teilprojekts 1, welche im Anschluss durch die Teilprojekte 2 und 3 genutzt werden konnten.

Nach Anpassung des Studienplans entsprach die zu untersuchende Population Personen, die im jeweiligen Beobachtungszeitraum mindestens eine GI/GD-Diagnose erhalten haben und zum Zeitpunkt der Diagnose bis 30 Jahre alt waren. Hierbei musste das M2Q-Kriterium erfüllt sein. Dies bedeutet, dass die Patient*innen innerhalb des Beobachtungszeitraums mindestens eine Diagnose im Sektor Krankenhaus gestellt bekommen haben oder erfüllt sein muss, dass innerhalb von vier aufeinanderfolgenden Quartalen in mindestens zwei dieser Quartale eine gesicherte GI/GD-Diagnose kodiert worden sein muss. Für die ökonomischen Analysen wurde dieses Kriterium nicht jahresübergreifend angewendet, um die Kostenzuordnung zu Jahren zu ermöglichen.

Durch die bei den epidemiologischen Analysen mögliche jahresübergreifende Erfüllung des M2Q-Kriteriums, ist es möglich, dass Diagnosen, die das M2Q-Kriterium erfüllen würden, außerhalb unseres Beobachtungszeitraums (2021) fallen würden. Diese jahresübergreifende Erfüllung des Kriteriums ist somit für die Jahre 2017 bis 2019 möglich, würde aber für 2020 bedeuten, dass die Zahl inzidenter bzw. prävalenter Fälle unterschätzt wird. Aus diesem Grund

wurde ausgewertet, bei welchem Anteil der Personen, die M2Q 2019 erfüllten, die zweite Diagnose im Jahr 2020 liegt und die Daten für 2020 entsprechend um diesen Anteil extrapoliert.

Das M2Q-Kriterium ist ein für die Nutzung deutscher Abrechnungsdaten lange etabliertes Standardverfahren. Es wird unter anderem von der Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) empfohlen (Schubert et al., 2010). Dies trifft sowohl auf die Anwendung des M2Q-Kriteriums pro Kalenderjahr (TP3) als auch auf die jahresübergreifende Nutzung (TP2) als M2QR (rollierendes M2Q) (Kohring et al., 2023) zur Analyse von Krankenkassendaten in der Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie zu. Es wird unter anderem auch im Risikostrukturausgleich eingesetzt (Bundesamt für Soziale Sicherung, o.D.).

Ziel der Nutzung des M2Q-Kriteriums ist es, zu verhindern, dass einmalige Fehlkodierungen, wie sie in Abrechnungsdaten in nennenswertem Ausmaß zu finden sind, Schätzungen zu Prävalenzen und Inzidenzen verzerren. Je nach Zielsetzung ergeben sich durch die Anwendung von M2Q unterschiedliche Implikationen. Bei der Bestimmung von Prävalenzen mittels M2Q ist natürlicherweise mit niedrigeren Werten zu rechnen als bei einer Nutzung einer einmaligen Code-Vergabe (Epping, et al., 2023). Unter der Annahme, dass in den zugrundeliegenden Krankenkassendaten Phänomene wie Upcoding auftreten können, ist aber genau dies gewollt und wird zu realistischeren Schätzungen führen. Besonders für die epidemiologischen Analysen soll hiermit verhindert werden, dass Fehldiagnosen die Analysen beeinflussen, sodass diese anhand der Anwendung von M2Q herausgefiltert werden.

Im Falle der gesundheitsökonomischen Analysen ist eine Zuordnung der Fälle mit M2Q zu einem Kalenderjahr erforderlich, weil auch die Kosten pro Kalenderjahr bestimmt werden. Die Anwendung von M2QR hätte hier außerdem zur Folge, dass die Bildung der Kontrollgruppe wegen der sich daraus ergebenden uneindeutigen zeitlichen Zuordnung der Kontrollfälle einen zusätzlichen Kodieraufwand bedeuten würde, dem nur ein minimaler Gewinn an zu erwartender zusätzlicher Präzision gegenüberstünde.

Auf die gesundheitsökonomischen Kostenschätzungen sollten sich aus M2Q ergebende Unterschätzungen der Prävalenz erwartungsgemäß kaum auswirken, weil hierbei die durchschnittlichen Kosten pro Fall und nicht die möglichst exakte Schätzung der Prävalenz im Fokus steht.“ Das Alter wurde anhand der ersten validen Diagnose definiert. Die Alterskategorien werden pro Jahr angepasst, damit eine Person, sobald sie nicht mehr minderjährig ist, in die Gruppe der Erwachsenen zählt. Dies ist relevant für Analysen der administrativen Inanspruchnahme (Prävalenz).

Im Falle, dass eine Person geschlechtsangleichende Hormone erhält, und die Hormone und das eingetragene Geschlecht sich widersprechen, wird das Geburtsgeschlecht angepasst und anhand der verordneten Hormone rekonstruiert. Wenn keine Hormone oder sowohl männliche als auch weibliche Hormone verabreicht wurden, wird das eingetragene Geschlecht beibehalten. Bei einer geschlechtsangleichenden Operation wird das dadurch zurückführbare Geschlecht eingetragen.

Die Studienpopulation wurde in den weiteren Analysen in zwei Subgruppen aufgeteilt. Die Gruppe der Minderjährigen (bis 17 Jahre), die für dieses Projekt von besonderem Interesse ist, und die Gruppe der jungen Erwachsenen (18 bis 30 Jahre). Für einige Analysen wurde die Gruppe der Minderjährigen weiter aufgeteilt in Kinder (bis 12 Jahre) und Jugendliche (13 bis 17 Jahre), um speziell die Gruppe ab Beginn der Pubertät zu betrachten. Die Grenze zur

Einteilung als Erwachsene wurde so gewählt da sich durch die Volljährigkeit die Entscheidungsmöglichkeiten zu Behandlungen für Patient*innen ändern. Für eine inzidente GI/GD-Diagnose müssen die Patient*innen vor der ersten Diagnose zwölf Monate keine GI/GD-Diagnose erhalten haben und somit auch 12 Monate vor Erstdiagnose bereits bei der Krankenkasse versichert gewesen sein. Aus diesem Grund wird für die Daten aus dem WDWH das Jahr 2009 zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses herangezogen. Für bestimmte Analysen, die Patient*innen über einen längeren Zeitraum beobachten sollten, wurde eine Subgruppe der Patient*innen mit inzidenter GI/GD-Diagnose ausgewählt, die mindestens 2 Jahre nach ihrer ersten Diagnose fortlaufend versichert waren.

Für die Evaluation der administrativen Inanspruchnahme, in der pro Jahr ausgewertet wird, wie viele Personen aufgrund einer GI/GD das Gesundheitssystem in Anspruch genommen haben, müssen Patient*innen pro Jahr das M2Q-Kriterium erfüllen, um im jeweiligen Jahr ein prävalenter Fall zu sein. Hierbei wird keine Vorlaufzeit der Versicherung und keine fortlaufende Versicherung vorausgesetzt.

Die Fragestellungen des Forschungsvorhabens zur Eruiierung der Versorgungsrealität, werden getrennt ausgewertet: 1. für den Datensatz der von beiden Krankenkassen übermittelten Daten der Jahre 2017 bis 2020 und 2. die Daten im WDWH der BARMER der Jahre 2010 bis 2021.

Inwiefern sich die Behandlungen zwischen Spezialkliniken und anderen Versorgungsstätten unterscheidet, wird anhand einer Variable Strukturqualität geprüft (siehe Abbildung 1; nur im Datensatz beider Kassen verfügbar). Hierbei wird in drei Kategorien unterschieden. Kategorie A stellt die Behandlung in einem von 6 Krankenhäusern mit Spezialzentrum dar. Die sechs Spezialzentren umfassen das Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt/M., das Clementine Kinderhospital in Frankfurt/M., das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in Hamburg, das Universitätsklinikum Münster in Münster, das Universitätsklinikum Aachen in Aachen und das Universitätsklinikum Jena in Jena. Anhand der IK-Nummern konnten stationäre Behandlungen in Kategorie A definiert werden, bei ambulanten Krankenhausbehandlungen wurde außerdem noch die Variable „Quelle“ hinzugezogen (Eintragungen HPU [Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten] und PIA [Psychiatrische Institutsambulanz]), um zu verifizieren, dass es sich um einen psychiatrischen Fachbereich handelte. In diesen Fällen wurde ebenfalls die Kategorie A zugeordnet. Sollte es sich um keine Spezialklinik, aber um einen psychiatrischen Fachbereich handeln, wurde die Kategorie B zugeordnet. Dies ist anhand des Fachbereichs bei der Entlassung zu bestimmen (stationär), anhand der Quelle (Krankenhaus ambulant) oder anhand der Arztfachgruppe (Arzt ambulant). Wenn keines der aufgeführten Kriterien zutrifft, handelt es sich um Strukturqualität C.

Bei Personen, die das Gesundheitssystem aufgrund einer GI/GD beanspruchten, wurde auch eine gegebenenfalls stattfindende Hormontherapie ausgewertet. Die Liste der untersuchten Hormone umfasste Testosteron, Östrogene und Hormonblocker (Gonadotropin releasing hormone analogues). Es wurden herkömmliche abgepackte Arzneimittel einbezogen sowie in Apotheken hergestellte Rezepturen (mit Sonder-PZN).

Eine Hormonverordnung bzw. die Einnahme der Hormone kann abgebrochen werden. Um Personen zu identifizieren, die die Hormoneinnahme abgebrochen haben, wurde eine Zeitspanne von 2 Quartalen ausgelassener Verordnung akzeptiert. Es wurde außerdem geprüft, ob innerhalb dieser 2 Quartale ein stationärer Aufenthalt stattgefunden hat, bei dem möglicherweise die Verabreichung von Hormonpräparaten nicht dokumentiert ist.

3.4 Methode TP 2: Epidemiologische Analysen

Für die Analyse in TP2 werden unter Berücksichtigung der in den jeweiligen Alterskategorien versicherten Personenzahl in den Bezugsjahren zunächst altersspezifische Prävalenzen und Inzidenzen (entsprechend in Tabelle 4 genannten Kriterien sowie untenstehender Definition für einen inzidenten Fall) über die Zeit abgeleitet. In der Folge basieren beide Kohortenstudien dann auf reinen Fallkohorten, so dass der Falldefinition zur Etablierung der Kohorten eine zentrale Rolle zukommt. Für die meisten Forschungsziele ist eine Beschränkung auf inzidente Fälle notwendig (Definition siehe unten, Start des individuellen Follow-Ups mit erstmaligem Erfüllen der Definition, Ende des Follow-Ups mit Erfüllen des zuerst Geschehenden aus Austritt aus der Krankenkasse, Versterben, Ende der verfügbaren Sozialdaten). Im Folgenden werden die für die genaue Restriktion der Kohorten notwendigen Falldefinitionen entsprechend der unterschiedlichen Forschungsziele etabliert. Falldefinitionen:

- Prävalente Fälle sind definiert als alle Versicherten, die die Einschlusskriterien (siehe Tabelle 4) zu einem definierten Zeitpunkt erfüllen.
- Inzidente Fälle sind definiert als Versicherte, welche im Beobachtungszeitraum erstmalig eine GI/GD-Diagnose erhalten hatten, d.h. mindestens 4 Quartale vorher keinen der unter Tabelle 2 aufgeführten ICD-10 Codes beim Versicherer geführt wurden und die Einschlusskriterien erfüllen.
- Fälle mit pubertätssupprimierender oder geschlechtsangleichender Hormonbehandlung werden anhand der ATC-Codes unter Tabelle 3 definiert.
- Fälle mit geschlechtsangleichender Operation werden anhand der OPS "5-646", "5-646.0", "5-646.1", "5-883", "5-705.6", "5-643.2", "5-683.00", "5-683.01", "5-683.02", "5-683.03", "5-683.04", "5-683.13", "5-683.20", "5-683.21", "5-683.22", "5-683.23", "5-683.24", "5-683.25", "5-683.2x", "5-683.7", "5-683.x1", "5-683.x3" sowie Codes beginnend mit „5-877“ (Brust-Operationen) definiert. Bei Ausschluss von Brust-Operationen handelt es sich um geschlechtsangleichende Genitaloperationen.

Zur Beantwortung von Forschungsziel 1 werden neben einer deskriptiven Darstellung von Prävalenzen und Inzidenzen diese auch über die Jahre hinweg und zwischen Regionen verglichen.

*Tabelle 2: Liste der inkludierten ICD-10 Codes, welche auf eine GI/GD hinweisen und zur Identifikation von Patient*innen mit Geschlechtsdysphorie dienen*

ICD-10 Code	Beschreibung
F64.0	Transsexualismus
F64.2	Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters
F64.8	Sonstige Störungen der Geschlechtsidentität
F64.9	Störung der Geschlechtsidentität, nicht näher bezeichnet
F66.0	Sexuelle Reifungskrise
F66.1	Ichdystone Sexualorientierung
F66.2	Sexuelle Beziehungsstörung

ICD-10 Code	Beschreibung
F66.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
F66.9	Psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung, nicht näher bezeichnet

Tabelle 3: Wirkstoffe, die zur geschlechtsangleichenden Behandlung zum Einsatz kommen

ATC-Code	Wirkstoff	Hormongruppe
G03BA03	Testosteron	Testosteron
G03CA01	Ethinylestradiol	Östrogen
G03CA03	Estradiol	Östrogen
G03CA04	Estriol	Östrogen
H01CA04	Leuprorelin	Gonadotropin-Releasing-Hormon
H01CA05	Goserelin	Gonadotropin-Releasing-Hormon
H01CA07	Triptorelin	Gonadotropin-Releasing-Hormon
L02AE02	Leuprorelin	Analoga des Gonadotropin-Releasing-Hormons
L02AE04	Triptorelin	Analoga des Gonadotropin-Releasing-Hormons

Für die Ermittlung der psychiatrischen Morbiditätslast (inkl. Komorbidität) für Forschungsziel 3 werden alle psychiatrischen Begleitdiagnosen (F-Codes) sowie die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Gesundheitsleistungen extrahiert. Für alle bis 2 Jahre vor Ende des Untersuchungszeitraums (d.h. voraussichtlich bis Ende 2018) inzidenten Fälle begonnener Hormontherapie wird als Outcome-Maß die psychiatrische Morbiditätslast 2 Jahre nach deren Beginn ermittelt. Ein Behandlungsabbruch (Regret), das zentrale Outcome für Forschungsziel 4, wird definiert als ein nicht mehr abgerechneter ATC-Code in 2 aufeinanderfolgenden Quartalen nach Beginn einer Hormontherapie über mindestens 4 Quartalen. Um die Strukturqualität der Versorgung der Patient*innen zu differenzieren, werden die Fälle für die Beantwortung von Forschungsziel 5 entsprechend der in Abschnitt 1 (Projektziele) definierten Kategorien A, B und C (siehe Abbildung 1) zugeteilt. Die Operationalisierung der differenzierten Kategorien A bis C anhand der Sekundärdaten wird wie folgt vorgenommen:

Die Rate an Behandlungsabbrüchen zwischen Gruppen wurde mit Hilfe parametrischer Überlebenszeitmodelle verglichen. Für alle o.g. deskriptiven epidemiologischen Analysen wurden absolute und relative Häufigkeiten sowie Inzidenzraten deskriptiv über den gesamten

Beobachtungszeitraum als auch für die einzelnen Jahre 2017 bis 2020 (Kombination BARMER und TK) sowie 2010 bis 2021 (BARMER Datawarehouse) dargestellt. Alle Sekundärdatenanalysen wurden mit Hilfe von Paketen der statistischen Auswertungssoftware R umgesetzt.

Ergänzende Erläuterung, inwieweit aus Sekundärdaten Qualitätsmerkmale der erfolgten Behandlung abgeleitet werden können:

Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien TP2

	Datenlieferung beider Kassen	WDWH der BARMER
Einschluss:	<p>ICD-Codes F64.X und F66.X</p> <p>Alter 4-30 (4-12 Jahre / 13-17 Jahre / 18-30 Jahre)</p> <p>Kalenderjahre 2017-2020</p> <p>Gesicherte Diagnosen (Arzt-ambulant & KH ambulant) sowie stationäre Haupt- und Nebendiagnosen</p> <p>Prävalent: M2Q Kriterium pro Jahr</p> <p>Inzident: M2Q, ein Jahr Vorversicherung und dabei keine GI/GD-Diagnose</p>	<p>ICD-Codes F64.X und F66.X</p> <p>Alter 4-30 (4-12 Jahre / 13-17 Jahre / 18-30 Jahre)</p> <p>Kalenderjahre 2010-2021 (inkl. 2009 zur Bestimmung der Vorversicherungszeit)</p> <p>Gesicherte Diagnosen (Arzt-ambulant & KH ambulant) sowie stationäre Haupt- und Nebendiagnosen</p> <p>Prävalent: M2Q Kriterium pro Jahr</p> <p>Inzident: M2Q, ein Jahr Vorversicherung und dabei keine GI/GD-Diagnose</p>
Ausschluss:	<p>F64.1 (Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen)</p> <p>F66.2, wenn keine F64.X vorliegt (F66.2: Sexuelle Beziehungsstörung: Die Geschlechtsidentität oder sexuelle Orientierung (heterosexuell, homosexuell oder bisexuell) bereitet bei der Aufnahme oder Aufrechterhaltung einer Beziehung mit einem Sexualpartner Probleme)</p>	<p>F64.1 (Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen)</p> <p>F66.2, wenn keine F64.X vorliegt (F66.2: Sexuelle Beziehungsstörung: Die Geschlechtsidentität oder sexuelle Orientierung (heterosexuell, homosexuell oder bisexuell) bereitet bei der Aufnahme oder Aufrechterhaltung einer Beziehung mit einem Sexualpartner Probleme)</p>

	Datenlieferung beider Kassen	WDWH der BARMER
	DSD-Diagnose (gemäß des hier definierten M2Q)	DSD-Diagnose (gemäß des hier definierten M2Q)
Besonderheiten:	Auf die Arzt-ambulant bzw. Krankenhaus-ambulant Daten wird das M2Q-Kriterium angewendet	Auf die Arzt-ambulant bzw. Krankenhaus-ambulant Daten wird das M2Q-Kriterium angewendet
Diagnosesicherheit:	Im Fall Arzt-ambulant und Krankenhaus-ambulant gesicherte Diagnosen und im Fall stationäre Krankenhausdiagnosen Haupt- und Nebendiagnosen	Im Fall Arzt-ambulant und Krankenhaus-ambulant gesicherte Diagnosen und im Fall stationäre Krankenhausdiagnosen Haupt- und Nebendiagnosen
Einschluss in M2Q:	Für den Einschluss muss innerhalb von 4 Quartalen (jahresübergreifend) erfüllt werden: <ol style="list-style-type: none"> 1. 2 gesicherte ambulante Diagnosen oder eine stationäre Krankenhausdiagnose oder 2. Die Kombination einer gesicherten ambulanten Diagnose und einer darauffolgenden stationären Krankenhausdiagnose 	Für den Einschluss muss innerhalb von 4 Quartalen (jahresübergreifend) erfüllt werden: <ol style="list-style-type: none"> 1. 2 gesicherte ambulante Diagnosen oder eine stationäre Krankenhausdiagnose oder 2. die Kombination einer gesicherten ambulanten Diagnose und einer darauffolgenden stationären Krankenhausdiagnose

3.5 Methode TP 3: Gesundheitsökonomische Analysen

Bei diesem Teilprojekt handelte es sich um eine prävalenz- und inzidenzbasierte Kostenanalyse unter Verwendung von Verwaltungs- und Leistungsdaten auf Individualebene (Bottom-Up-Ansatz) für die Jahre 2018, 2019 und 2020 von den beiden größten deutschen Krankenkassen (BARMER und Techniker Krankenkasse [TK]). Die Analysen wurden also aus der Perspektive der Kostenträger durchgeführt. Die interessierende Population waren Personen im Alter bis 30 Jahren mit prävalenter bzw. inzidenter GI/GD im jeweiligen Jahr. Diese wurden mit einer von den Krankenkassen vorausgewählten Kontrollgruppe verglichen, die sich aus Personen zusammensetzte, die in den Leistungsdaten im Beobachtungszeitraum keine GI/GD-Diagnose hatten, aber ein ähnliches Alter, Geschlecht bei der Geburt und eine ähnliche Wohngegend aufwiesen wie die Population mit prävalenter GI/GD.

3.5.1 Definition prävalenter und inzidenter Fälle für die gesundheitsökonomischen Analysen

3.5.1.1 Prävalente Fälle

Prävalente Fälle von GI/GD im jeweiligen Jahr (2018, 2019, 2020) wurden auf der Grundlage der erfassten ICD-10-Diagnosecodes F64 (Störungen der Geschlechtsidentität) und F66 (Psychische und Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung) identifiziert, jedoch unter Ausschluss des Codes F64.1 (Doppelrollentransvestismus) und des Codes F66.2 (Störung der sexuellen Beziehung), wenn keine gleichzeitige F64-Diagnose vorlag. Außerdem wurden Diagnosen im Zusammenhang mit Störungen der Geschlechtsentwicklung (DSD) ausgeschlossen. Entsprechend den Empfehlungen für die Analyse deutscher Krankenkassendaten mussten Diagnosen im ambulanten Bereich bestätigt/gesichert (d.h. keine Verdachtsdiagnosen) und in mindestens 2 Quartalen des jeweiligen Kalenderjahres dokumentiert sein (M2Q-Kriterium), um als prävalenter Fall gezählt zu werden; im stationären Bereich wurden Primär- und Sekundär Diagnosen berücksichtigt (kein M2Q-Kriterium). Die Berechnung des M2Q-Kriteriums bezieht sich auf 4 Quartale eines Kalenderjahres - erfolgt also nicht jahresübergreifend.

Ging einer stationären Krankenhausdiagnose eine ambulante Diagnose voraus, wurde die vorausgehende ambulante Diagnose ignoriert (siehe Tabelle 4). Die Beachtung der vorausgehenden Diagnose hätte lediglich Konsequenzen bei einer jahresübergreifenden Betrachtung, die hier explizit nicht angestrebt wurde.

Für Subgruppenanalysen wurden Fälle mit GI/GD und Hormontherapie (geschlechtsbestätigende Hormone oder Pubertätsblocker) auf der Grundlage der erfassten Medikamente mit den folgenden Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC) Codes identifiziert: G03BA03 (Testosteron), G03CA01, G033CA03 und G03CA04 (Östrogen), H01CA04 und H01CA07 (Gonadotropin-Releasing-Hormon) sowie L02AE02 und L02AE04 (Analoge des Gonadotropin-Releasing-Hormons). Erfolgte die Gabe eines Hormons im gleichen Kalenderjahr des zuvor ermittelten prävalenten Diagnosefalls, galt dies als prävalenter Fall mit Hormonbehandlung bei einer Geschlechtsdysphorie.

3.5.1.2 Inzidente Fälle

Auch bei den inzidenten Fällen bezieht sich die Berechnung des M2Q-Kriteriums auf 4 Quartale eines Kalenderjahres, erfolgte also nicht jahresübergreifend. Ein inzidenter Fall liegt in einem Kalenderjahr vor, wenn in diesem Kalenderjahr das M2Q-Kriterium erfüllt ist und im Kalenderjahr davor keine GI/GD-Diagnose dokumentiert ist.

Eine inzidente Hormongabe bei GI/GD liegt in einem Kalenderjahr bei denjenigen Fällen vor, bei denen in diesem Kalenderjahr eine Prävalenz der GI/GD mit Hormongabe vorliegt (Definition siehe oben) und im Vorjahr keine Hormongabe vorlag.

3.5.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Der Einschluss der untersuchten Studienpopulation erfolgte nach den in Tabelle 5 genannten Kriterien.

Tabelle 5: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschluss:	ICD-Codes: F64.X, F66.X Alter: 4-30 Jahre Kalenderjahre: 2017-2020 Gesicherte Diagnosen (Arzt-ambulant & KH ambulant) sowie stationäre Haupt- und Nebendiagnosen Prävalent: M2Q-Kriterium Inzident: M2Q, ein Jahr Vorversicherung, währenddessen keine GI/GD Diagnose nach M2Q
Ausschluss:	F64.1 (Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen) F66.2 wenn keine F64.X vorliegt (F66.2: Sexuelle Beziehungsstörung: Die Geschlechtsidentität oder sexuelle Orientierung (heterosexuell, homosexuell oder bisexuell) bereitet bei der Aufnahme oder Aufrechterhaltung einer Beziehung mit einem Sexualpartner Probleme.) DSD Diagnose (gemäß des hier definierten M2Q)
Besonderheiten:	Auf die Arzt-ambulant und Krankenhaus-ambulant Daten wird das M2Q-Kriterium angewendet.
Diagnosesicherheit:	Im Fall Arzt-ambulant und Krankenhaus-ambulant gesicherte Diagnosen, im stationären Krankenhausbereich Haupt- und Nebendiagnose
Einschluss in M2Q:	Für den Einschluss muss innerhalb von 4 Quartalen folgendes erfüllt werden: <ol style="list-style-type: none"> 1. 2 gesicherte ambulante Diagnosen oder eine stationäre Krankenhausdiagnose oder 2. die Kombination einer gesicherten ambulanten Diagnose mit einer darauffolgenden stationären Krankenhausdiagnose

3.5.3 Outcomes - Ressourcenverbrauch und Kosten

Als Outcomes interessierten in dieser Studie die jährlichen Gesamt- und sektorspezifischen Kosten aus Kostenträgersicht sowie der gesundheitsbezogene Ressourcenverbrauch, beides aus Verwaltungsdaten der Krankenkassen BARMER und TK aus den Jahren 2018, 2019 und 2020. Betrachtet wurden die Kostenbereiche ambulante ärztliche Leistungen (psychiatrische [einschließlich Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen], hausärztliche, sonstige), ambulante Krankenhausbehandlungen (psychiatrisch, somatisch), stationäre Krankenhausaufenthalte (psychiatrisch, somatisch) und Arzneimittel (psychiatrisch, somatisch). Für den Ressourcenverbrauch wurden die Tage der psychiatrischen und somatischen Krankenhausaufenthalte und die definierten Tagesdosen (DDD) der psychiatrischen und somatischen Medikamente berücksichtigt. Alle Kosten wurden auf der Grundlage des Verbraucherpreisindex auf das Preisniveau des Jahres 2020 umgerechnet.

3.5.4 Statistische Analysen

3.5.4.1 Prävalente Fälle

Kosten und Ressourcennutzung wurden in jedem Jahr zwischen den Fallgruppen und Kontrollgruppen verglichen (Personen mit prävalenter GI/GD vs. Kontrollen; Personen mit GI/GD und Hormontherapie vs. Kontrollen). Um eine Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen zu erreichen, wurde ein Entropieausgleich durchgeführt, d. h. die Daten wurden vorverarbeitet, indem die Stichprobeneinheiten der Kontrollgruppen neu gewichtet wurden, damit sie in Bezug auf Mittelwert, Varianz und Schiefe ausgewählter Kovariaten mit der GI/GD-Gruppe übereinstimmen, wodurch ein Kovariatenausgleich erreicht wurde. In einem ersten Schritt wurden die Gruppen hinsichtlich des Alters (kontinuierlich), des bei der Geburt zugewiesenen Geschlechts (männlich, weiblich) und der Art des Landkreises (verwaltungsmäßig unabhängige Stadt, städtisch, ländlich, dünn besiedelt) balanciert (siehe Tabelle 18). In einem zweiten Schritt wurden die Gruppen zusätzlich hinsichtlich ausgewählter psychiatrischer Diagnosen (F-Diagnosen) ausgeglichen, um deren potenzielle Störwirkung auf die Ergebnisse zu untersuchen, wobei davon ausgegangen wurde, dass psychiatrische Diagnosen nicht nur als Folge der GI/GD auftreten, sondern der GI/GD vorausgehen und einen Risikofaktor/eine Determinante für die Entwicklung der GI/GD darstellen könnten (siehe Tabelle 19). Diese Neugewichtung wurde für jedes Jahr und jeden Gruppenvergleich (GI/GD vs. Kontrolle und GI/GD mit Hormontherapie vs. Kontrolle) separat durchgeführt. Die Einheitsgewichte wurden dann auf die nachfolgenden Analysen angewandt. Für jede Gruppe wurde der Mittelwert der Kosten- oder Ressourcenverbrauchsvariablen berechnet. Die mittleren Unterschiede zwischen den Gruppen wurden auf der Grundlage von linearen Regressionsmodellen berechnet und zusammen mit den entsprechenden 95%-Konfidenzintervallen (KI) angegeben, die aus bootstrapped Standardfehlern (1000 Wiederholungen) abgeleitet wurden. Darüber hinaus wurden die Gruppenvergleiche nach Altersgruppen (4 bis 12, 13 bis 17, 18 bis 24, 25 bis 30 Jahre) und dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht (weiblich, männlich) stratifiziert. Das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht wurde hierzu anhand folgender Kriterien aus ATC- und OPS-Codes basierend auf dem vorliegenden administrativen Geschlecht rekonstruiert.

3.5.4.2 Inzidente Fälle

Analog zu der Analyse der Leistungsanspruchnahme und Kosten bei den prävalenten Fällen erfolgte die Analyse der inzidenten Fälle (a. inzidente GI/GD und b. inzidente Hormonbehandlung bei GI/GD; Definition siehe oben). Dabei diente das jeweils Kalenderjahr 2018 als „Washout“-Jahr (Prä-Phase, Baseline-Jahr) für die inzidenten Fälle (a. Diagnosen, b. Hormone) im Kalenderjahr 2019. Dies ermöglichte die Betrachtung eines Follow-Up-Zeitraumes über 2 Kalenderjahre (2019 und 2020).

Die Analysen erfolgten jeweils einmal nur für die Fallgruppe mit aggregierten inflationsbereinigten Kosten (Preisniveau von 2020; Kostendaten aus früheren Jahren wurden inflationiert) für den jeweiligen gesamten Follow-Up mit Hilfe von linearen Regressionsmodellen (mit bootstrapping). Dabei wurde der Zusammenhang mit den unabhängigen Variablen Alter, Geschlecht, Wohnregion, Komorbiditäten sowie Strukturqualität der Versorgung (differenziert nach Kategorien A, B und C Abbildung 1) analysiert.

In einem weiteren Analysestrang erfolgte ein Vergleich zwischen Fällen und Kontrollen im Zeitverlauf anhand von Random Effects Regressionsmodellen unter Modellierung von Interaktionseffekten zwischen den einzelnen Studienzeitpunkten (Kalenderjahren) und der Gruppenvariable. Dabei erfolgt eine Balancierung (EB) von möglichen Konfoundern im Washout-Jahr (Prä-Phase, Baseline-Jahr). Die dabei verwendeten Balancierungsvariablen beinhalten Alter, Geschlecht, Kreistyp, Versicherungsstatus, Elixhauser Scores ambulanter Krankenhaus-, ambulante*r Ärzt*in- sowie stationärer Krankenhaus-Diagnosen, ambulante Kosten Allgemeinmedizin, ambulante Kosten Psychiatrie, ambulante Kosten Somatik, stationäre Kosten Psychiatrie, stationäre Kosten Somatik, stationäre Tage Psychiatrie, stationäre Tage Somatik, ambulante Krankenhauskosten Psychiatrie, ambulante Krankenhauskosten Somatik, Medikamentenkosten Psychiatrie, Medikamentenkosten Somatik, DDD Psychiatrie, DDD Somatik und wurden in allen Berechnungen verwendet. Im Unterschied zu den prävalenten Analysen erfolgt in diesen Analysen der inzidenten Fälle stets eine Balancierung für die ICD-Codes psychiatrischer Diagnosen (siehe Tabelle 2). Bei diesen Analysen fand die Strukturqualität keine Berücksichtigung.

Auch diese Analysen wurden einmal für a. inzidente GI/GD-Fälle und b. inzidente Fälle von Hormonbehandlung bei prävalenter GI/GD durchgeführt. Bei der Analyse der a. inzidenten GI/GD-Fälle wurden die Kontrollen aus den von den Kassen selektierten Kontrollen gewonnen. Bei der Analyse der b. inzidenten Fälle von Hormonbehandlung bei prävalenter GI/GD wurden als Kontrollen die prävalenten Fälle von GI/GD ohne inzidente Hormonbehandlung (in 2019) verwendet.

3.5.5 Rekonstruktion des Geburtsgeschlechts

Die Konstruktion des Geburtsgeschlechts erfolgte anhand der in Tabelle 6 aufgelisteten ATC- und OPS-Codes und der dabei angegebenen Kriterien. Bei sich widersprechenden ATC- u. OPS-Codes pro ID gilt der OPS-Code. Diese Definition galt nur für den Fall einer vorliegenden M2Q Diagnose einer Geschlechtsdysphorie im gesamten Beobachtungszeitraum.

Tabelle 6: Konstruktion Geburtsgeschlecht

<p>ATC-Codes</p>	<p>Wenn eine versicherte Person zu irgendeinem Zeitpunkt "G03BA03" (Testosteron) erhält, wurde ihr Geschlecht für den gesamten Beobachtungszeitraum in WEIBLICH umkodiert.</p> <p>Wenn eine versicherte Person zu irgendeinem Zeitpunkt "G03CA01, G03CA03, G03CA04" (Östrogen) erhielt, wurde ihr Geschlecht für den gesamten Beobachtungszeitraum in MÄNNLICH umkodiert.</p> <p>Bei sich widersprechenden ATC-Codes pro Person wird das administrative Geschlecht verwendet.</p>
<p>OPS- Codes</p>	<p>als weiblich kodiert: 56460, 56432, 5683</p> <p>als männlich kodiert: 56461, 57056</p> <p>bei sich widersprechenden OPS-Codes pro ID galt der zeitlich zuerst erst vergebene OPS-Code</p>

3.5.6 ICD-Codes der zur Balancierung verwendeter psychiatrischer Diagnosen

Tabelle 7 beinhaltet eine Liste der zur Balancierung der Regressionsanalysen verwendeten F-Diagnosen. Hierfür wurden gesicherte ICD-Diagnosen aus den Sektoren ambulante*r Ärzt*in und ambulantes Krankenhaus sowie, ohne weitere Einschränkungen, ICD-Diagnosen aus dem stationären Krankenhausesektor verwendet.

Tabelle 7: ICD-Codes der psychiatrischen Diagnosen

ICD- Code	
F1	Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen
F3	Affektive Störung
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung"
F45	Somatoforme Störung
F40	Phobische Störungen
F41	Andere Angststörung (ohne spezifische Situation)
F48	Andere neurotische Störung
F50	Essstörung
F60.31	Borderline
F90	Hyperkinetische Störung
F93.8	Störung des Kindesalters
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F93	Emotionale Störung des Kindesalters
F23	Akute vorübergehende psychotische Störung
F44	Dissoziative Störung
F91	Störung des Sozialverhaltens
F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

3.5.7 Umgang mit Matched Pairs (nach Alter, Geschlecht, Kreistyp)

Die vorliegenden Informationen zu den von den beteiligten Kassen gebildeten und gelieferten Matched Pairs wurden ignoriert. Versicherte mit einer M2Q-Diagnose, denen durch das Matched Pair-Verfahren im Hinblick auf die Variablen Alter, Geschlecht und Kreistyp kein identischer „Zwilling“ zugeordnet werden konnte, wurden trotzdem der GI/GD-Gruppe zugeordnet. Versicherte, die weder einen „Zwilling“ und noch eine M2Q-Diagnose aufwiesen, wurden von den weiteren Analysen ausgeschlossen. Versicherte, die von den Kassen anhand existierender GI/GD-Diagnosen vorselektiert wurden aber das M2Q-Kriterium nicht erfüllten, wurden nicht analysiert. Versicherte die den vorselektierten, aber das M2Q-Kriterium nicht-erfüllenden Versicherten als „Zwilling“ zugeordnet waren, blieben der Kontrollgruppe zugeordnet. Alle Analysen wurden mit STATA/MP 18.0 durchgeführt [StataCorp. 2023. Stata Statistische Software: Release 18. College Station, TX: StataCorp LLC].

3.6 Methode TP 4: Klinische Bedarfsanalysen

Die differenzierte Analyse der Versorgungslandschaft für Kinder und Jugendliche mit GI/GD erfolgte anhand einer Literaturrecherche, den Expert*inneninterviews und einer Integration

dieser Ergebnisse mit Ergebnissen aus Befragungen behandlingssuchender Kinder und Jugendlichen mit GI/GD und ihren Familien.

3.6.1 Literaturrecherche

Aus der internationalen Literatur wurde eine Recherche in Fachdatenbanken zu bisherigen Leitlinien, Qualitätsstandards und Praxisempfehlungen für eine qualifizierte interdisziplinäre Versorgung von minderjährigen Patient*innen mit GI/GD sowie zur Versorgungsevidenz durchgeführt.

Drei Leitlinien konnten identifiziert werden (Stand 12/2021):

- **American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP):** Adelson et al. (2012). Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 957–974. <https://doi.org/k5bh>
- **Coleman et al. (2012).** Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1–S259. <https://doi.org/gqxbzz>
- **Hembree et al. (2017).** Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102, 3869-3903. <https://doi.org/gckrqf>

In Tabelle 8 sind spezifische Kriterien der Leitlinien dargestellt. Die Empfehlungen aus Leitlinien und Übersichtsartikeln lassen sich unterteilen in Empfehlungen zur geforderten fachlichen Qualifikation der Indizierenden, zu vorausgehenden psychologisch-psychiatrisch diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, zu somatischen Voruntersuchungen und zu Voraussetzungen für eine informierte Zustimmung der Betroffenen. Die Sichtung der Leitlinien diente als Basis für die Erstellung des Interviewleitfadens.

Tabelle 8: Übersicht internationaler Leitlinien (Stand 12/2021)

Autor*innen	Coleman et al., 2012	Hembree et al., 2017	Adelson et al., 2012
Name	Standards of Care der WPATH	Leitlinie der Endocrine Society	Practice Parameters der American Academy of Child & Adolescent Psychiatry
Herausgeber	Internationaler Verband von klinischen Expert*innen	Internationaler Verband von endokrinologischen Fachgesellschaften mit WPATH	US-amerikanischer Verband der KJJu-Psychiater*innen
Evidenzgrad	konsens- und evidenzbasiert	konsens- und evidenzbasiert	konsens- und evidenzbasiert

<i>Autor*innen</i>	Coleman et al., 2012	Hembree et al., 2017	Adelson et al., 2012
<i>Art der Literaturrecherche</i>	<i>keine systematische Literaturrecherche</i>	z.T. systematische Literaturrecherche	systematische Literaturrecherche
<i>Anwendbarkeit</i>	Empfehlungen <i>nicht</i> hins. Evidenzniveau eingestuft	Empfehlungen hins. des Evidenzniveaus eingestuft	Empfehlungen <i>nicht</i> hins. Evidenzniveau eingestuft
<i>Partizipation von Betroffenen</i>	strukturierte Anhörung von Vertreter*innen mit GI/GD	<i>keine</i> genannte Beteiligung von Vertreter*innen mit GI/GD, evtl. über WPATH	<i>keine</i> genannte Beteiligung von Vertreter*innen mit GI/GD
<i>Transparenz von Interessenskonflikten</i>	<i>keine</i> Angaben zu möglichen Interessenskonflikten	mögliche Interessenskonflikte offengelegt und adressiert (Minderheitsreglung)	mögliche Interessenskonflikte offengelegt

3.6.2 Expert*inneninterviews

Erhebungsmaterial

Auf der Basis der Literaturrecherche, eigener Vorarbeiten und Expertise wurde ein Interviewleitfaden erstellt. Für die Pilotierung wurden in der ersten Jahreshälfte bundesweit insgesamt 7 Expert*innen befragt, die schwerpunktmäßig im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie tätig waren. Die Praktikabilität des Interviewleitfadens erwies sich dabei als sehr gut. Insgesamt war zu verzeichnen, dass die Durchführbarkeit sowie Akzeptanz des Leitfadens gegeben war, die Resonanz auf die Fragen positiv und befürwortend war. Der Interviewleitfaden wurde dann finalisiert, eine SPSS-Maske zur Auswertung der in den Interviewleitfäden erhobenen deskriptiven Daten wurde erstellt.

Für die Beantwortung der Fragestellung, welche spezialisierten medizinischen und psychosozialen Versorgungsangebote es aktuell für Kinder und Jugendliche mit GI/GD in Deutschland gibt und welche strukturellen Merkmale sie aufweisen, wurde eine bestehende Kontaktliste durch eine Internetrecherche ergänzt.

Rekrutierung und Erhebung der Stichprobe

Im Quartal 04/22 wurde dann mit der Rekrutierung und Datenerhebung der Gruppe der GD-EXP gestartet. Aufgrund der regionalen und strukturellen Heterogenität der spezialisierten Versorgungsangebote schien es sinnvoll, den hohen Rücklauf vollständig auszuschöpfen, um eine möglichst optimierte Breite der bundesweiten Versorgungslandschaft spezialisierter Angebote abbilden zu können. Die Rekrutierung der GD-EXP erfolgte auf der Grundlage von klinikinternen Kontaktlisten und Adressverteilern des überregionalen Arbeitskreise Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter. Ergänzend wurden Vorschläge von Fachkolleg*innen und Ergebnisse einer zusätzlichen Internetrecherche genutzt. Einschlusskriterium für die GD-EXP Stichprobe war eine schwerpunktmäßige ärztliche und/oder therapeutische Tätigkeit in der medizinischen Versorgung von Kindern und

Jugendlichen mit GD im deutschsprachigem Raum. Für die Rekrutierung der KiÄ wurden basierend auf eigens erstellten und/oder vorhandenen Listen Adressen aktualisiert und die Behandelnden in einem ersten Schritt postalisch kontaktiert. Darauf folgte dann eine elektronische Kontaktierung. Für die Unterstützung der Rekrutierung der KiÄ wurden der Bundesvorstand der Kinder- und Jugendärzt*innen (bvkj.eV) kontaktiert.

Die Rekrutierung der KJPP startete in 11/2022. Auch hier gelang es, den Vorstand des Bundesverbandes niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater*innen (BKJPP e.V.) für eine breitflächige Unterstützung bei der Rekrutierung zu gewinnen. Die KJPP im Versorgungsgebiet des UKM und den anliegenden Kreisen wurden direkt postalisch kontaktiert, alle weiteren elektronisch. Zudem wurde Kontakt zu den Regionalgruppen des BKJPP e.V. in den einzelnen Bundesländern aufgenommen.

Nach Erreichen von jeweils 24 Fällen (entspr. 60%) wurde anhand des Interviewmaterials geprüft, inwieweit bereits eine inhaltliche Sättigung eingetreten war oder nicht. Anhand der Heterogenität des vorliegenden Materials wurde dabei eingeschätzt, in welchem Maße von einer höheren Fallzahl eine Erweiterung des inhaltlichen Spektrums der Antworten zu erwarten war. Danach wurde die angestrebte Gesamtfallzahl angepasst.

Die Rekrutierung der Befragten und vollständige Erhebung der Daten wurde im Quartal 2/2023 erfolgreich abgeschlossen.

Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt nahmen 103 Expert*innen an der Befragung teil. Aufgrund der Heterogenität der Versorgungsangebote und der Datendichte und -komplexität erschien es sinnvoll, die Auswertungen getrennt für GD*Expert*innen ($n = 41$), niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater*innen ($n = 30$) und Kinder- und Jugendärzt*innen ($n = 32$) vorzunehmen.

Die Strukturmerkmale der Einrichtungen und soziodemografischen Angaben der befragten Behandelnden wurden mithilfe deskriptiver Statistik dargestellt, um deren Repräsentativität für das jeweilige Versorgungsfeld nachvollziehbar machen zu können. Soziodemographische Angaben der teilnehmenden Expert*innen sind in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Soziodemographische Angaben der befragten Behandelnden

Teilerhebung		GD Expert*innen (n = 41)	Kinderärzt*innen (n = 32)	Kinder- und Jugendpsychiater*innen (n = 30)	
Alter M (SD)		54.15 (11.78)	53.56 (9.65)	54.26 (8.28)	
Geschlecht	Männlich	n = 21	n = 13	n = 12	
	Weiblich	n = 20	n = 19	n = 18	
Position	Leitende Funktion	n = 37	n = 30	n = 29	
	Mitarbeitende	n = 4	n = 2	n = 2	
Fachprofession	Fachprofession	Kinder- und Jugendpsychiater*in n = 19	Kinder- Jugendärzt*in n = 31	Kinder- und Jugendpsychiater*innen n = 30	
		Kinder- und Jugendtherapeut*in n = 8			
		Psychologische*r Psychotherapeut*in n = 8	Assistenzärzt*in in Ausbildung n = 1		
		FA für Psychiatrie/Psychotherapie n = 2			
		Kinder- und Jugendärzt*in n = 1			
		Psychoanalytiker*in n = 2			
		Sexualpädagoge*in n = 1			
		Fachprofession Zusatz 1	Sexualmediziner*in n = 4	Allergologie n = 3	Diplompsycholog*in n = 1
			FA für Psychiatrie/Psychotherapie n = 3	Psychotherapie n = 2	Kinder- und Jugendtherapeut*in n = 3
			Psychoanalytiker*in n = 3	Kindergastroenterologie n = 2	FA für Psychiatrie/ Psychotherapie n = 3

		Psychologische*r Psychotherapeut*in <i>n</i> = 2 FA für Endokrinologie <i>n</i> = 1 FA für Neurologie <i>n</i> = 1 Kinder- und Jugendtherapeut*in <i>n</i> = 1	Neonatalogie <i>n</i> = 2 Entwicklungsdiagnostik <i>n</i> = 1 Kinderkardiologie <i>n</i> = 1 Hämostaseologie <i>n</i> = 1 Psychosomatik <i>n</i> = 1	
	Fachprofession Zusatz 2	Kinder- und Jugendtherapeut*in <i>n</i> = 2 FA Innere Medizin <i>n</i> = 1 Kinder- und Jugendärzt*in <i>n</i> = 1 Sexualmediziner*in <i>n</i> = 1	Allergologie <i>n</i> = 2 Psychosomatik <i>n</i> = 2 Neuropädiatrie <i>n</i> = 1 Kinder-Pneumologie <i>n</i> = 1 Sozialpädiatrie <i>n</i> = 1 Homöopathie <i>n</i> = 1	Diplompsycholog*in <i>n</i> = 1 FA Psychosomatik <i>n</i> = 1 FA Humangenetik <i>n</i> = 1
	Fachprofession Zusatz 3	Psychoanalytiker*in <i>n</i> = 1	Kinder-Pneumologie <i>n</i> = 2 Kindergynäkologie <i>n</i> = 1	/
Berufserfahrung M (SD)	Allgemein	24.28 (10.84)	25.91 (9.47)	24.70 (7.44)
Institut	Klinik	<i>n</i> = 13	<i>n</i> = 31	<i>n</i> = 7
	Praxis	<i>n</i> = 27	/	<i>n</i> = 22
	Klinik und Praxis	<i>n</i> = 1	<i>n</i> = 1	<i>n</i> = 1
Behandlungs- konzept	Spezifisches Konzept	Ja <i>n</i> = 25 Selbstentwickeltes Konzept <i>n</i> = 16 Publiziertes Konzept <i>n</i> = 7 Leitlinie <i>n</i> = 1	Selbstentwickeltes Konzept <i>n</i> = 32	Ja <i>n</i> = 4
		Nein <i>n</i> = 15 Individuelles Vorgehen <i>n</i> = 16	Individuelles Vorgehen <i>n</i> = 29	Nein <i>n</i> = 26 Ablaufschema <i>n</i> = 5

TRANSKIDS-CARE (01VSF20033)

	Falls kein Spezifisches Konzept oder zusätzlich , dann:	Ablaufschema $n = 5$	Ablaufschema $n = 3$	Anderes Konzept $n = 1$ Individuelles Vorgehen $n = 21$
Diagnostisches Vorgehen	Diagnostisches Vorgehen	Eigenanamnese $n = 41$	Eigenanamnese $n = 29$	Eigenanamnese $n = 29$
	Diagnostisches Vorgehen Zusatz 1	Fremdanamnese $n = 40$	Fremdanamnese $n = 32$	Fremdanamnese $n = 28$ Psychometrie $n = 1$
	Diagnostisches Vorgehen Zusatz 2	Psychometrie $n = 32$	Psychometrie $n = 1$	Psychometrie $n = 26$

Datenanalyse

Die Auswertung erfolgte schwerpunktmäßig in den Quartalen 03/23 und 04/23. Alle Interviews wurden mit informierter Zustimmung der Interviewpartner*innen digital aufgezeichnet und inhaltsgetreu transkribiert. Die Interviews wurden dann inhaltsanalytisch und unter Zuhilfenahme der Software QCAMap ausgewertet (Mayring, 2012). Hierbei wurde zunächst ausgehend von den Fragestellungen des Interviewleitfadens a priori ein Kategoriensystem entwickelt, mit dessen Hilfe die relevanten Informationen aus den transkribierten Interviews extrahiert wurden. Dabei wurde das Kategoriensystem durch Differenzierung oder Hinzufügen von Kategorien kontinuierlich modifiziert. Für die Entwicklung der Kodierleitfäden wurden von 2 Projektmitarbeiter*innen zunächst 10% und in einem zweiten Schritt dann 30% des Interviewmaterials parallel und unabhängig voneinander kodiert, um anschließend diskutiert und im Kodierleitfaden angepasst zu werden. Die Interrater-Reliabilität betrug in allen Gruppen > 0.8 und ist somit als sehr gut zu werten. Für die Kodierleitfäden siehe Tabellen in den Anlagen 2 bis 4.

3.6.3 Multiperspektivische Versorgungsforschung

Für die kontextuelle Einbettung der Ergebnisse aus TP4 werden diese mit Ergebnissen auf der Basis von qualitativen und quantitativen Erhebungen zu Bedürfnissen und Erfahrungen minderjähriger trans*Personen im Gesundheitswesen, die im Rahmen eines vom Hauptantragsteller koordinierten und vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Projekts (TRANS*KIDS: „Förderung eines nicht-diskriminierenden Umgangs mit minderjährigen trans*Personen durch patientenorientierte Schulungsmaßnahmen im Gesundheitswesen Laufzeit (10/2019 bis 9/2022) vergleichend und integrativ zusammengefasst.

3.6.3.1 Methoden und Ergebnisse des TRANS*KIDS-Projekts

Folgende Veröffentlichungen werden für die kontextuelle Einbettung und die integrative Zusammenfassung aus dem Projekt TRANS*KIDS genutzt:

Brokmeier, T., Mucha, S. R., Romer, G., & Föcker, M. (2022). Trans* Jugendliche und junge Erwachsene im Gesundheitswesen: Eine qualitative Interviewstudie über Erfahrungen, Herausforderungen und Wünsche. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 71(7), 576-596.

In dieser Studie wurden leitfadengestützte mit zehn geschlechts-nonkonformen Jugendlichen zwischen 13 und 21 Jahren ($M = 16.60$; $SD = 2.72$) geführt. Die Gespräche wurden aufgezeichnet (Dauer zwischen 23 und 58 Minuten, $\bar{\varnothing} = 37$ Minuten) und anschließend transkribiert und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2012) ausgewertet.

Mucha, S. R., Brokmeier, T., Romer, G., & Föcker, M. (2022). Erfahrungen im Gesundheitswesen von Sorgeberechtigten eines Kindes oder Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie: Eine qualitative Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 71(7), 620-639.

In dieser Studie wurden insgesamt 12 Interviews mit Sorgeberechtigten von geschlechtsnonkonformen Kindern und Jugendlichen mit GD (neun Interviews mit Müttern und drei Interviews mit Vätern). Die Kinder waren zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 10 und 19 Jahre alt, \bar{x} = 13,3 Jahre). Die Gespräche wurden aufgezeichnet (Dauer zwischen 27 und 53 Minuten (\bar{x} = 40 Minuten), transkribiert und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2012) ausgewertet.

Höltermann, A., Brokmeier, T., Mucha, S., Siebald, M., Kutlar C., Ferati, M., Rarey, F., Romer, G., Föcker, M.(2022). Erfahrungen von trans* Kindern, Jugendlichen und deren Sorgeberechtigten im Gesundheitswesen. Ergebnisse aus dem Online-Survey der Trans* Kids Studie. Vortrag auf dem XXXVII DGKJP Kongress, Magdeburg.

In dieser Studie wurden anhand einer Onlineumfrage 299 Jugendliche und 75 Sorgeberechtigte zu ihren Erfahrungen im Gesundheitswesen befragt. Das durchschnittliche Alter der trans* Jugendlichen betrug 17.64 Jahre ($SD=1.93$; Range=13-21). 210 (70.2%) bezeichneten sich als trans* männlich, 19 (6.4%) als trans* weiblich, 62 (20.7%) als nonbinär und 8 (2.7%) ordneten sich einer anderen Kategorie der Geschlechtsidentität zu. Das mittlere Alter der trans* Kinder der Sorgeberechtigten lag bei 14.50 Jahren ($SD=4.71$; Range=5-25). 52 (69.3%) der trans* Kinder bezeichneten sich als trans* männlich, 22 (29.3%) als trans* weiblich und 1 (1.3%) Kind ordnete sich einer anderen Kategorie der Geschlechtsidentität zu. Die statistischen Analysen erfolgten auf der Basis von Mittelwertsvergleichen und Regressionsanalysen.

4 Projektergebnisse

4.1 TP 2: Ergebnisse epidemiologische Analysen

4.1.1 Ermittlung von Prävalenz- und Inzidenzzahlen für medizinische Inanspruchnahme

- Wie hoch ist die absolute Prävalenz und Inzidenzrate bei Versicherten bis zum einschließlich 17. Lebensjahr, die medizinische Leistungen mit der Abrechnungsdiagnose GI/GD (F64.X/F66.X) erhalten?
- Wie hat sich die Inzidenz der Abrechnungsdiagnose GI/GD (F64.X /F66.X) im 4- und 12-Jahres-Verlauf (Untersuchungszeiträume 2017 bis 2020 und 2010 bis 2021) verändert?

4.1.1.1 Prävalenzen

Tabelle 10: Informationen zu den Patient*innen, die in die Auswertungen der Datenlieferung eingeschlossen wurden

	Kinder (4-12 Jahre)	Jugendliche (13-17 Jahre)	Erwachsene (18-30 Jahre)
Insgesamt	586 (100%)	2874 (100%)	7300 (100%)
M	281 (48%)	1031 (36%)	2634 (36%)
W	305 (52%)	1836 (64%)	4658 (64%)
Alter bei M2Q-Erfüllung			
Median (25%, 75% IQA)	10.7 (8.1, 12.1)	16.0 (14.8, 17.0)	23.1 (20.4, 26.5)
Min, Max	4.0, 13.0	13.0, 18.0	18.0, 30.0

In der Datenlieferung konnten Kinder, Jugendliche und Erwachsene eingeschlossen, die in allen drei Altersgruppen zu einem größeren Anteil geburtsgeschlechtlich weiblich waren für die Analysen eingeschlossen werden.

Basierend auf den Daten der Datenlieferung beider Krankenkassen ließ sich ein Anstieg der Prävalenz beider Altersgruppen von 2017 bis 2020 feststellen (siehe Abbildung 4). Das Prevalence Risk Ratio [RR] war dabei 1.49 mit einem 95% Konfidenzintervall (KI) von [1.39; 1.61]. Bei den jungen Erwachsenen steigen die Patient*innenzahlen mit einem RR von 1.45 (KI [1.38; 1.51]).

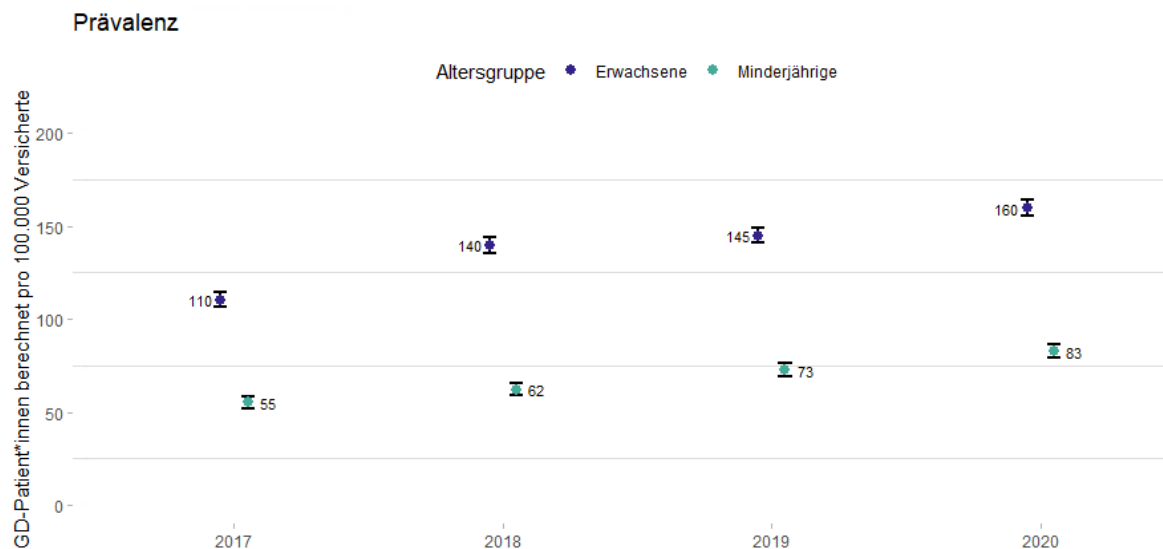


Abbildung 4: Prävalenzen der Minderjährigen und Erwachsenen basierend auf den Daten beider Krankenkassen der Jahre 2017 bis 2020

Die Prävalenzen der gelieferten Daten zeigten einen Anstieg beider Geschlechter sowohl bei den Minderjährigen als auch bei den Erwachsenen im Beobachtungszeitraum. Bei einer Unterteilung nach Geschlecht war das RR der männlichen Erwachsenen 1.75 (KI [1.61; 1.89]) und der weiblichen Erwachsenen 1.41 (KI [1.34; 1.48]). Der Anteil der geburtsgeschlechtlich weiblichen Personen blieb hierbei bei ca. 70% konstant (siehe Abbildung 5).

Bei den Minderjährigen zeigte sich ein RR von 1.33 bei den geburtsgeschlechtlich männlichen (KI [1.16; 1.52]) Patient*innen und ein RR von 1.32 bei den geburtsgeschlechtlich weiblichen Personen (KI [1.21; 1.44]). Der Anteil der geburtsgeschlechtlich weiblichen Personen blieb auch hier bei ca. 70% konstant (siehe Abbildung 6).

TRANSKIDS-CARE (01VSF20033)

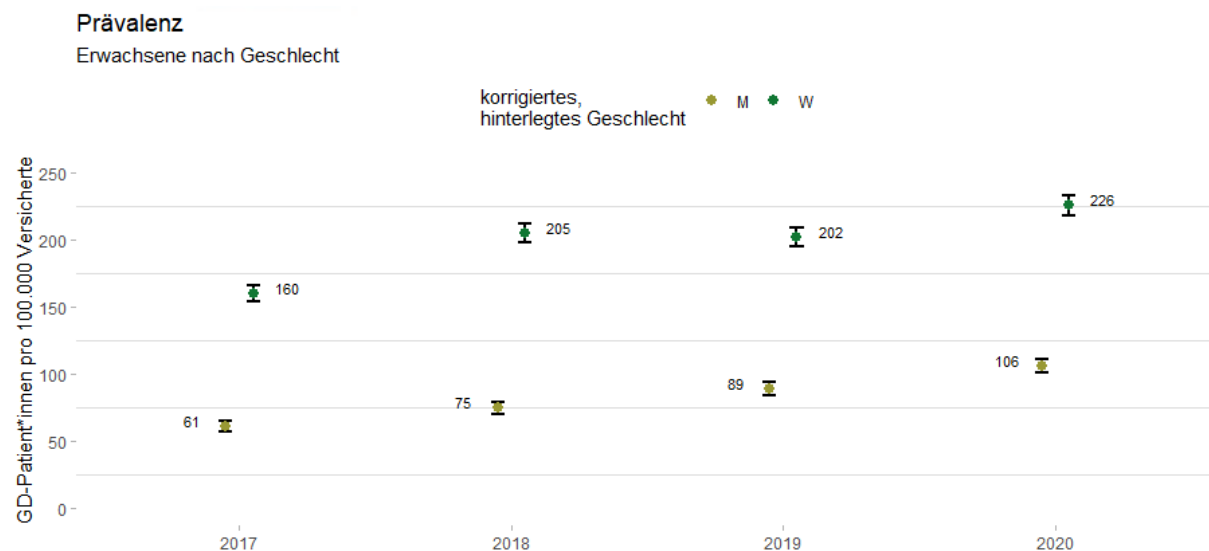


Abbildung 5: Prävalenzen der jungen Erwachsenen basierend auf der Datenlieferung beider Kassen der Jahre 2017 bis 2020 gruppiert nach Geburtsgeschlecht

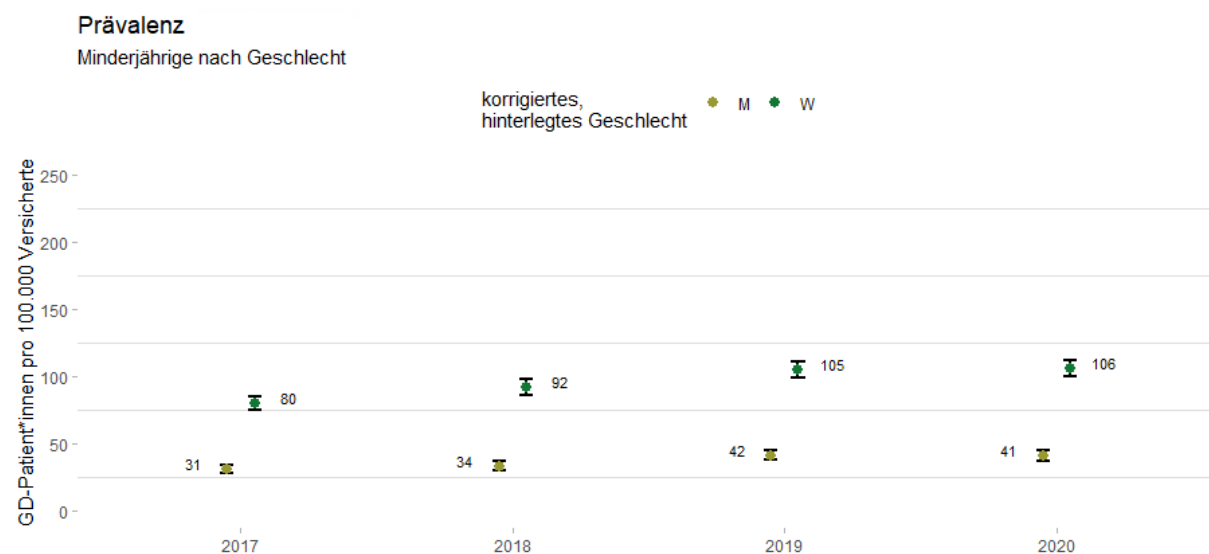


Abbildung 6: Prävalenzen der Minderjährigen basierend auf der Datenlieferung beider Kassen der Jahre 2017 bis 2020 gruppiert nach Geburtsgeschlecht

Tabelle 11: Informationen zu den Patient*innen, die in die Auswertungen im WDWH eingeschlossen wurden.

	Kinder (4-12 Jahre)	Jugendliche (13-17 Jahre)	Erwachsene (18-30 Jahre)
Insgesamt	756 (100%)	2894 (100%)	3513 (100%)
M	330 (44%)	707 (24%)	1197 (34%)
W	425 (56%)	2185 (76%)	2312 (66%)
Alter bei M2Q-Erfüllung			
Median (25%, 75% IQA)	11.3 (9.1, 12.3)	15.6 (14.4, 16.7)	22.5 (20.0, 25.6)
Min, Max	4.0, 13.0	13.0, 18.0	18.0, 30.0

Im WDWH der BARMER wurden für die Analysen 756 Kinder, 2894 Jugendliche und 3513 Erwachsene eingeschlossen, die in allen drei Altersgruppen zu einem größeren Anteil geburtsgeschlechtlich weiblich waren.

Die Analysen im WDWH der BARMER zeigten, dass die Prävalenzen der Erwachsenen und Minderjährigen über den längeren 12-Jahres Zeitraum ebenfalls angestiegen sind (siehe Abbildung 7). Bei der Gruppe der Erwachsenen zeigte sich ein RR von 6.25 (KI [5.68; 6.88]) und bei den Minderjährigen ein RR von 4.67 (KI [4.12; 5.30]).

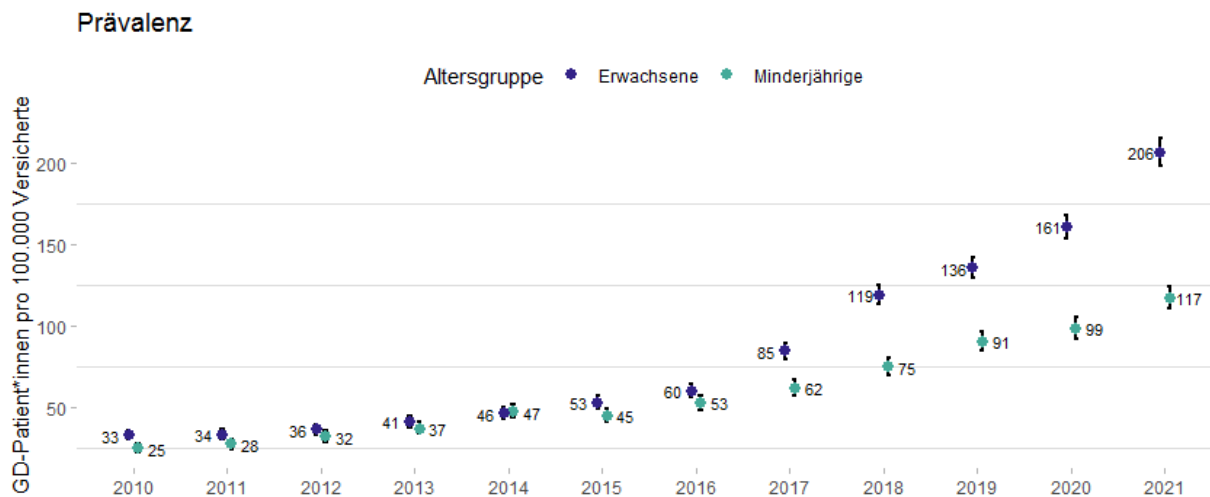


Abbildung 7: Prävalenzen der Erwachsenen und Minderjährigen basierend auf dem WDWH der BARMER der Jahre 2010 bis 2021.

Bei einer Aufteilung in beide Altersgruppen und entsprechender Beobachtung nach Geburtsgeschlecht, sieht man in beiden Altersgruppen ebenfalls eine Steigerung im Zeitraum unabhängig vom Geburtsgeschlecht. Hierbei lässt sich feststellen, dass unter den Erwachsenen der Prozentsatz der männlichen Patient*innen etwa gleich bleibt (34% in 2010 und 32% in 2021) und bei den Minderjährigen etwas sinkt (31% in 2010 und 22% in 2021).

Tabelle 12: Prävalenzen der Minderjährigen und Erwachsenen basierend auf den Daten des WDWH der BARMER der Jahre 2010 bis 2021 gruppiert nach Geburtsgeschlecht, übersetzt übernommen aus Nettermann et al. (2025): https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5144641

Gesamt	Minderjährige		Erwachsene	
	Weiblich N = 527 (72%) [95% KI] ^{1,2}	Männlich N = 207 (28%) [95% KI] ^{1,2}	Weiblich N = 457 (68%) [95% KI] ^{1,2}	Männlich N = 218 (32%) [95% KI] ^{1,2}
2010	35 (69%) [54%; 81%]	16 (31%) [19%; 46%]	43 (66%) [54%; 78%]	22 (34%) [22%; 46%]
2011	38 (68%) [55%; 80%]	18 (32%) [20%; 45%]	46 (69%) [56%; 80%]	21 (31%) [20%; 44%]
2012	45 (70%) [57%; 81%]	20 (30%) [19%; 43%]	50 (70%) [58%; 80%]	22 (30%) [20%; 42%]
2013	52 (70%) [58%; 80%]	23 (30%) [20%; 42%]	55 (68%) [56%; 78%]	26 (32%) [22%; 44%]
2014	62 (65%) [54%; 74%]	33 (35%) [26%; 46%]	60 (65%) [54%; 75%]	32 (35%) [25%; 46%]
2015	59 (66%) [55%; 75%]	31 (34%) [25%; 45%]	70 (67%) [57%; 76%]	35 (33%) [24%; 43%]
2016	72 (67%) [58%; 76%]	35 (33%) [24%; 42%]	76 (64%) [54%; 72%]	44 (36%) [28%; 46%]
2017	87 (70%) [61%; 78%]	38 (30%) [22%; 39%]	110 (65%) [57%; 72%]	59 (35%) [28%; 43%]
2018	114 (75%) [67%; 82%]	38 (25%) [18%; 33%]	166 (69%) [63%; 75%]	73 (31%) [25%; 37%]
2019	140 (76%) [69%; 82%]	44 (24%) [18%; 31%]	188 (69%) [63%; 74%]	84 (31%) [26%; 37%]

	Minderjährige		Erwachsene	
Gesamt	Weiblich N = 527 (72%) [95% KI] ^{1,2}	Männlich N = 207 (28%) [95% KI] ^{1,2}	Weiblich N = 457 (68%) [95% KI] ^{1,2}	Männlich N = 218 (32%) [95% KI] ^{1,2}
2020	155 (78%) [72%; 83%]	45 (23%) [17%; 28%]	221 (68%) [63%; 73%]	102 (32%) [27%; 37%]
2021	185 (78%) [72%; 83%]	53 (22%) [17%; 28%]	284 (68%) [64%; 73%]	132 (32%) [27%; 36%]
¹ n (%)				
² KI = 95% Konfidenzintervall				

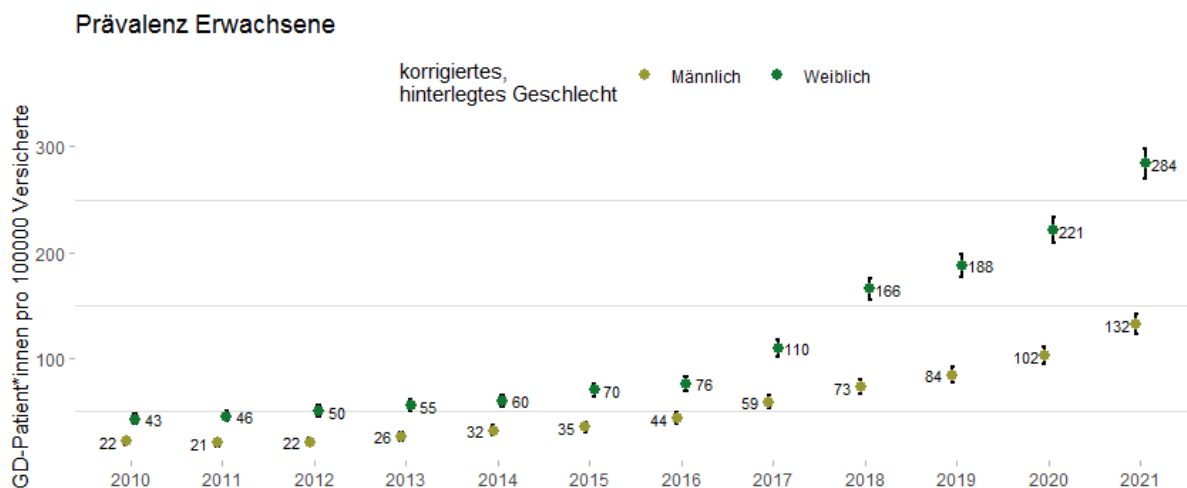


Abbildung 8: Prävalenzen der Erwachsenen basierend auf dem WDWH der BARMER der Jahre 2010 bis 2021 gruppiert nach Geburtsgeschlecht

Die Inanspruchnahme der Erwachsenen (siehe Abbildung 8) mit männlichem Geburtsgeschlecht stieg im Beobachtungszeitraum von 22 auf 132 Versicherte pro 100 000 Versicherte (RR = 5.99; KI [5.06; 7.10]). Bei den weiblichen Erwachsenen stieg die Prävalenz von 43 auf 284 pro 100 000 Versicherte (RR = 6.61; KI [5.88; 7.42]). Bei den minderjährigen, geburtsgeschlechtlich männlichen Versicherten ist ein Anstieg von 16 auf 53 pro 100 000 Versicherten (RR = 3.40; KI [2.70; 4.29]) und bei den minderjährigen, geburtsgeschlechtlich weiblichen Versicherten ein Anstieg von 35 auf 185 pro 100 000 zu verzeichnen (RR = 5.27; KI [5.53; 6.13]) (siehe Abbildung 9).

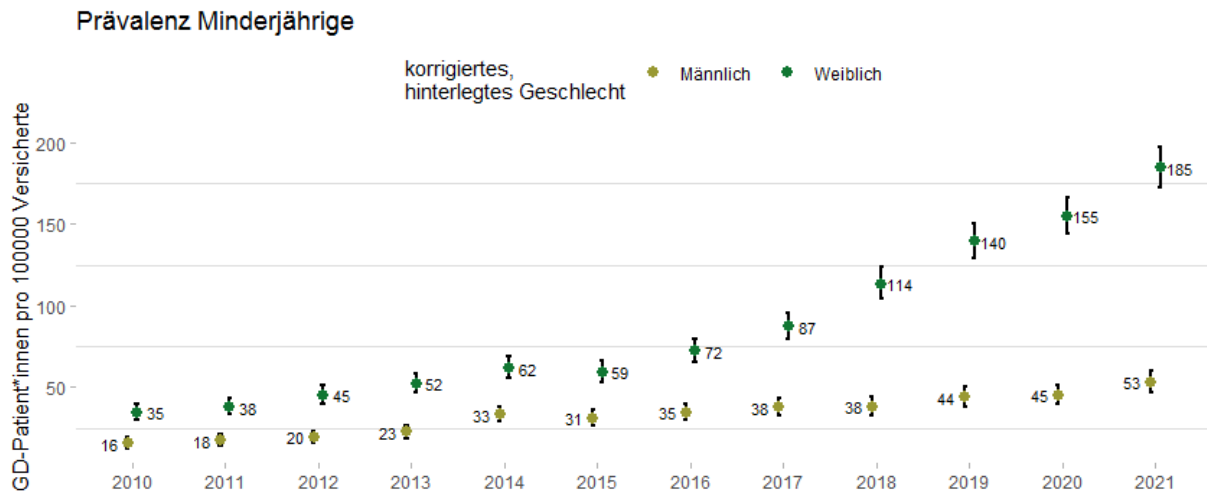


Abbildung 9: Prävalenzen der Minderjährigen basierend auf dem WDWH der BARMER der Jahre 2010 bis 2021 gruppiert nach Geburtsgeschlecht

4.1.1.2 Inzidenzen

Die Inzidenzen der Datenlieferung zeigt bei den Erwachsenen GI/GD-Patient*innen einen Rückgang von 46 auf 38 Versicherte pro 100 000 Versicherten (Incidence Rate Ratio [IRR] = 0.84; KI [0.77; 0.90]) von 2018 bis 2020 (siehe Abbildung 10). Bei den Minderjährigen blieb die Inzidenz mit einer leichten Änderung von 30 auf 32 Versicherte pro 100 000 stabil (IRR = 1.06; KI [0.95; 1.17]). Hierbei ist zu beachten, dass die COVID-19-Pandemie die erstmalige Inanspruchnahme von Leistungen im Jahr 2020 sicherlich deutlich beeinflusst hat. Im Folgenden soll für die Inzidenzraten deshalb primär der längere Zeitverlauf aus dem WDWH der BARMER untersucht werden.

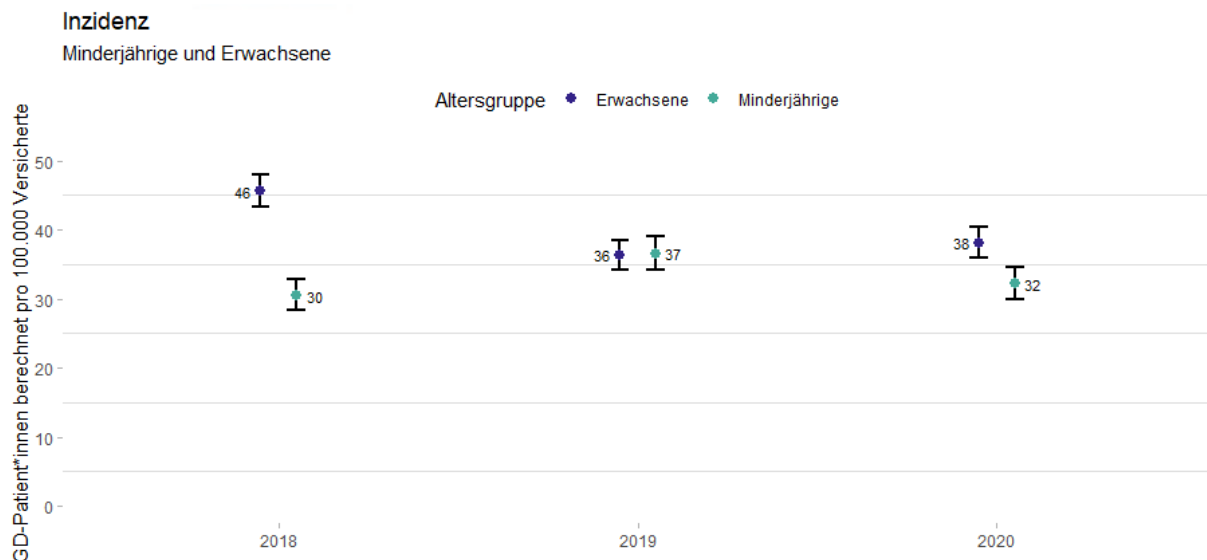


Abbildung 10: Inzidenzen der Minderjährigen und Erwachsenen basierend auf der Datenlieferung der Jahre 2017 bis 2020, wobei für das Jahr 2017 keine inzidenten Diagnosen ermittelt werden können

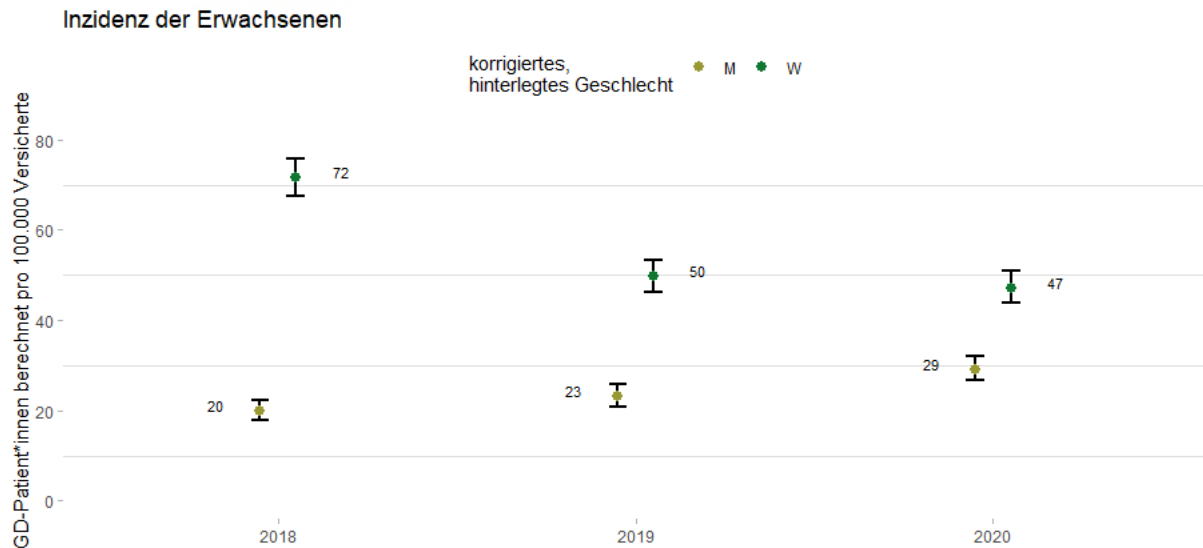


Abbildung 11: Inzidenzen der Erwachsenen basierend auf der Datenlieferung der Jahre 2017 bis 2020 nach Geschlecht, wobei für das Jahr 2017 keine inzidenten Diagnosen ermittelt werden können

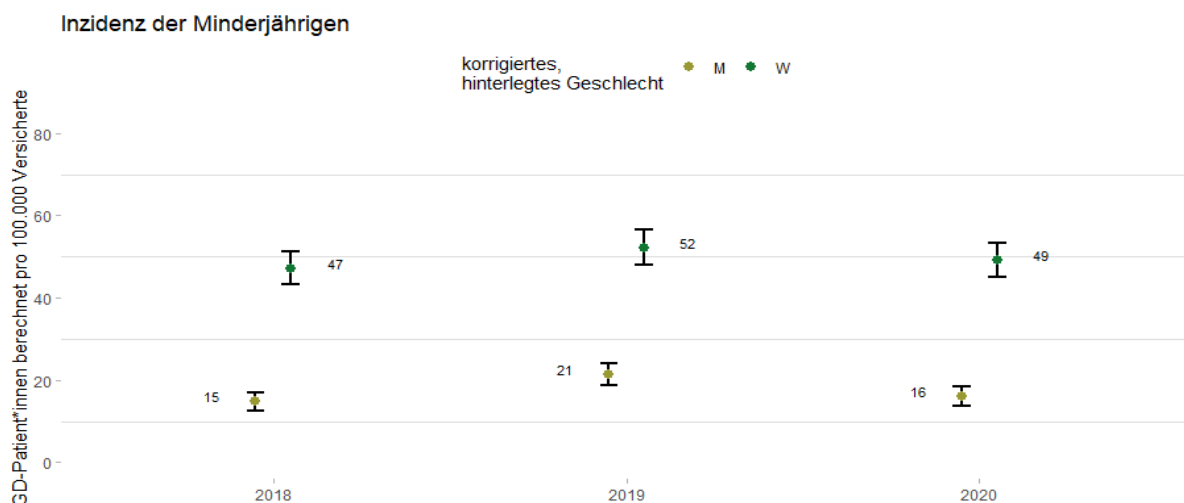


Abbildung 12: Inzidenzen der Minderjährigen basierend auf der Datenlieferung der Jahre 2017 bis 2020 nach Geschlecht, wobei für das Jahr 2017 keine inzidenten Diagnosen ermittelt werden können

In den Daten des WDWH stieg die Inzidenz in der Gruppe der Erwachsenen von 13 auf 40 Patient*innen pro 100 000 Versicherter an (IRR = 2.95; KI [2.51; 3.49]), bei den Minderjährigen stieg die Inzidenz von 15 auf 51 (IRR = 3.28; KI [2.77; 3.88]) (siehe Abbildung 13).

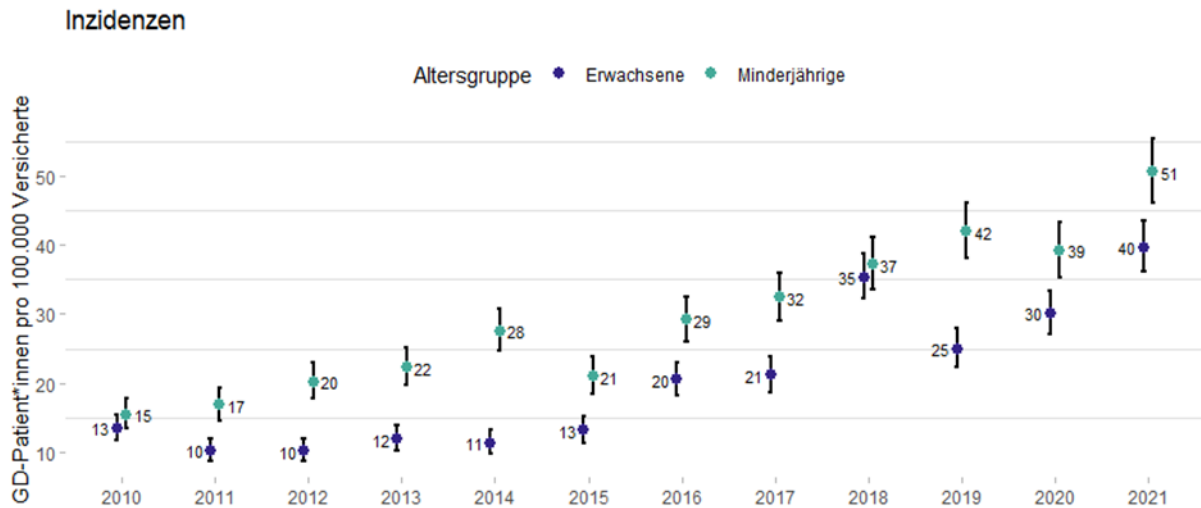


Abbildung 13: Inzidenzen der Minderjährigen und Erwachsenen basierend auf den Daten des WDWH der Jahre 2010 bis 2021

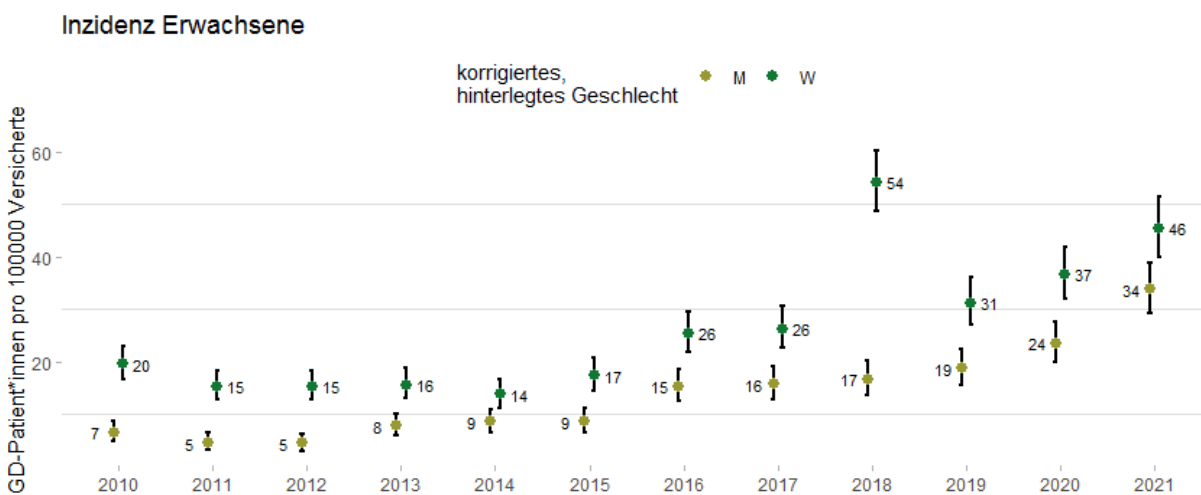


Abbildung 14: Inzidenzen der Erwachsenen basierend auf den Daten des WDWH der Jahre 2010 bis 2021 getrennt nach Geburtsgeschlecht

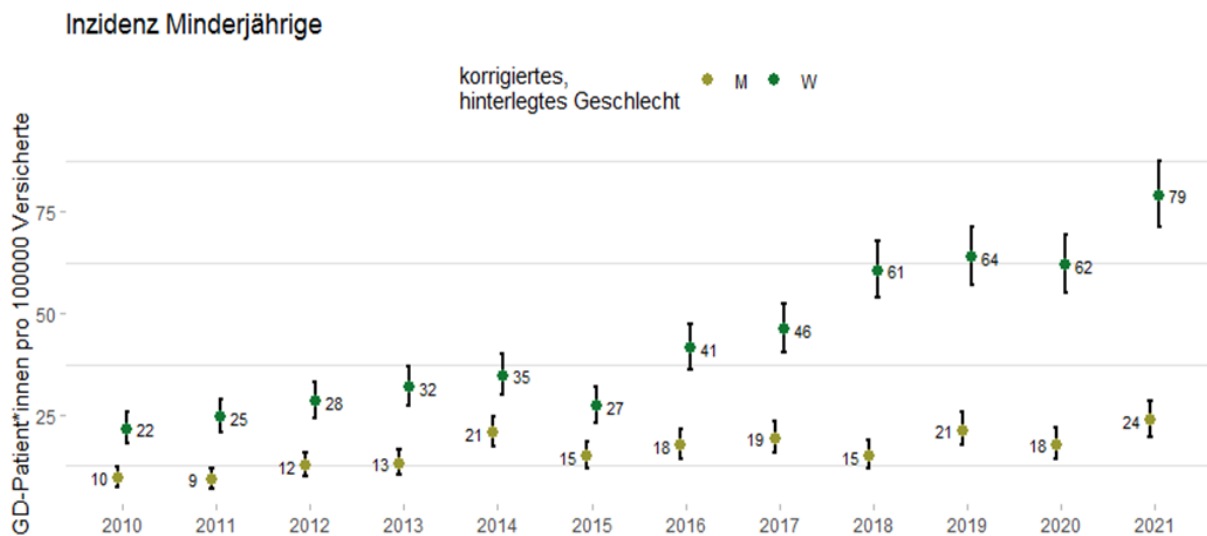


Abbildung 15: Inzidenzen der Minderjährigen basierend auf den Daten des WDWH der Jahre 2010 bis 2021 getrennt nach Geburtsgeschlecht

Die Inzidenzen der Erwachsenen und der Minderjährigen differenziert nach Geschlecht sind ebenfalls im Beobachtungszeitraum jeweils gestiegen. Der Anstieg bei den Erwachsenen beläuft sich dabei auf 7 bis 34 Versicherte pro 100 000 bei den geburtsgeschlechtlich männlichen Personen (IRR = 5.06; KI [3.70; 6.91]) und 20 bis 46 pro 100 000 Versicherte bei den geburtsgeschlechtlich weiblichen Personen (IRR = 2.33; KI [1.91; 2.85]) (siehe Abbildung 14).

Unter den Minderjährigen (siehe Abbildung 15) zeigten sich Anstiege bei den geburtsgeschlechtlich männlichen Versicherten von 10 auf 24 pro 1 000 000 Versicherten (IRR = 2.51; KI [1.84; 3.43]) und 22 auf 79 Versicherte pro 100 000 bei den geburtsgeschlechtlich weiblichen Personen (IRR = 3.63; KI [2.98; 4.44]).

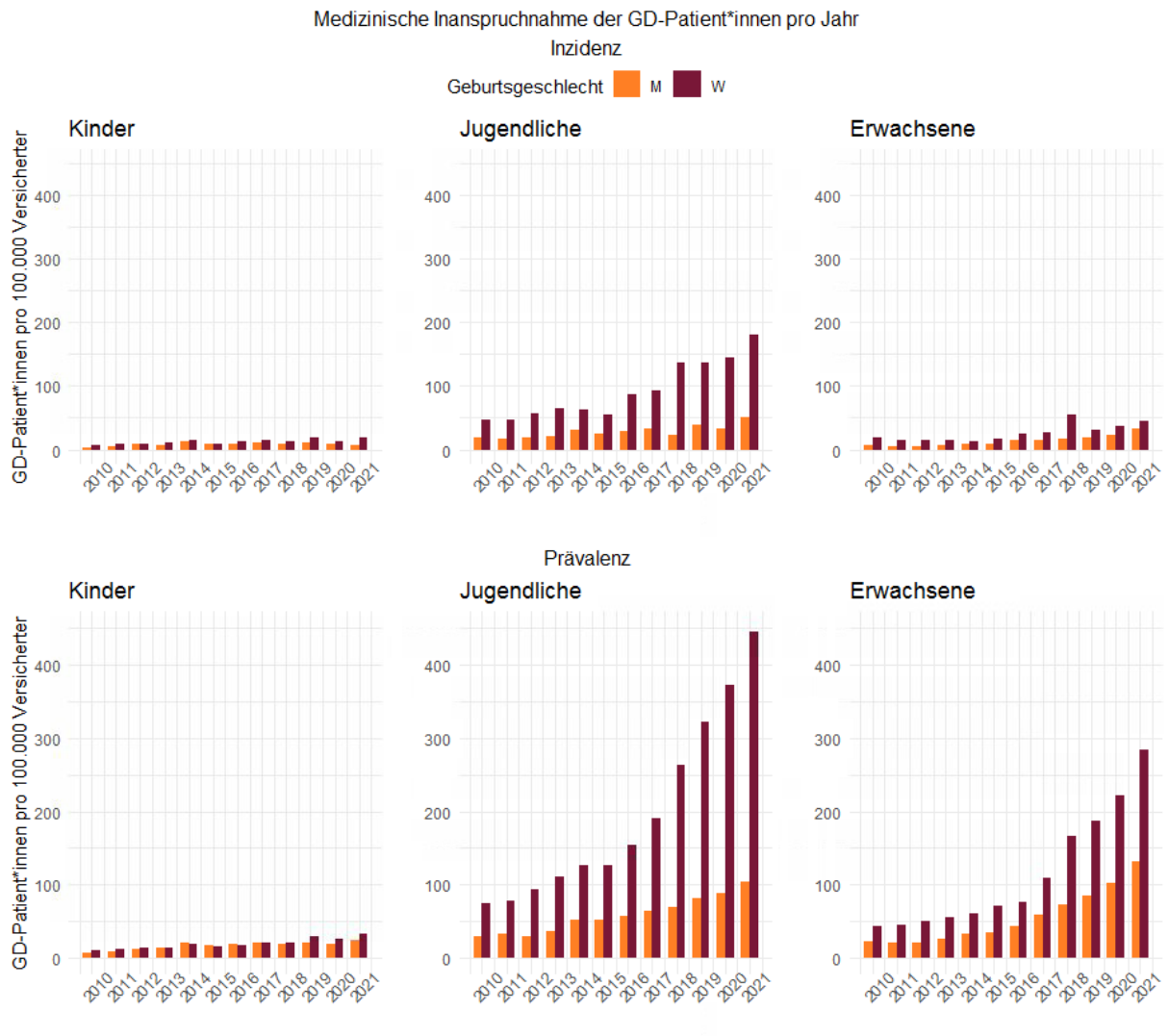


Abbildung 16: Inzidenzen und Prävalenzen der Minderjährigen, hier aufgeteilt in Kinder und Jugendliche, sowie der Erwachsenen basierend auf den Daten des WDWH der Jahre 2010 bis 2021 getrennt nach Geburts-geschlecht

Im WDWH lassen sich die Veränderungen der Inzidenzen und der Prävalenzen des Beobachtungszeitraums nochmals für die verschiedenen Altersgruppen getrennt auf einen Blick in Abbildung 16 veranschaulichen.

4.1.2 Ermittlung der Häufigkeit somatomedizinischer Interventionen im Zeitverlauf

- Wie hoch ist der Anteil Versicherter bis 17 Jahre mit GI/GD-Diagnose, die in einem 4- und 12-Jahreszeitraum (2010 bis 2021) eine pubertätssupprimierende oder geschlechtsangleichende Hormonbehandlung (spezifische ATC-Codes) erhalten haben?

Tabelle 13: Übersicht der prävalent vorkommenden Personen mit GI/GD in der Datenlieferung, die im Zeitraum Hormone nehmen. Abgebildet wird das Hormon, welches zuerst verordnet wurde. Bei gleichzeitiger Gabe (weniger als 2 Quartale zeitlicher Abstand) wird die Gabe als geschlechtsangleichendes Hormon gewertet.

	Kinder, N = 84	Jugendliche, N = 881	Erwachsene, N = 3521
Gonadotropin (M, W)	79 (94%)	353 (40%)	115 (3%)
Geschlechtsangleichendes Hormon (M, W)	5 (6%)	528 (60%)	3406 (97%)

Tabelle 14: Übersicht der Anteile aller Personen mit GI/GD in der Datenlieferung, die im Zeitraum Hormone nehmen

%	Minderjährige (4-17) [95% Konfidenzintervall]	Erwachsene (18-30) [95% Konfidenzintervall]
Männlich	20.6 [18.1; 23.2]	55.6 [53.6; 57.6]
Weiblich	30.2 [28.4; 32.1]	45.6 [44.4; 46.9]

Tabelle 15: Übersicht der Anteile aller Personen mit GI/GD in der Datenlieferung, die im Zeitraum neu mit einer Hormonbehandlung starten

%	Minderjährige (4-17) [95% Konfidenzintervall]	Erwachsene (18-30) [95% Konfidenzintervall]
Männlich	14.1 [12.0; 16.4]	28.3 [26.5; 30.2]
Weiblich	22.8 [21.2; 24.5]	22.1 [21.0; 23.1]

Tabelle 16: Übersicht der Anteile aller Personen mit GI/GD und mindestens 2 Jahre verfügbarem Follow-Up in der Datenlieferung, die im Zeitraum innerhalb von 2 Jahren nach einer Erstdiagnose neu mit einer Hormonbehandlung starten

%	Minderjährige (4-17) [95% Konfidenzintervall]	Erwachsene (18-30) [95% Konfidenzintervall]
Männlich	18.3 [12.9; 24.8]	46.2 [40.6; 51.9]
Weiblich	28.8 [25.0; 32.9]	25,3 [22.8; 28.0]

Die Anteile der Personen mit GI/GD-Diagnose, die eine Hormontherapie in Anspruch nahmen, sind bei den Erwachsenen höher als bei den Minderjährigen (siehe Tabelle 14). Bei den Minderjährigen ist der Anteil der geburtsgeschlechtlich weiblichen Personen mit Hormonbehandlung höher als der der geburtsgeschlechtlich männlichen Personen. Erwachsene GI/GD-Patient*innen nehmen zu einem größeren Anteil unter den geburtsgeschlechtlich männlichen Personen Hormone.

Bei einer Betrachtung der neu begonnenen Hormontherapien (siehe Tabelle 15), sind aufgrund der variablen und geringen Follow-Up-Zeit die Anteile geringer. Für Tabelle 16 wurde daher die Studienbevölkerung auf Personen mit einem Beobachtungszeitraum von 2 Jahren nach einer Erstdiagnose eingegrenzt. Dabei ist der Anteil der geburtsgeschlechtlich männlichen Personen mit Hormontherapie innerhalb von 2 Jahren mit 18.3% bei den Minderjährigen deutlich niedriger als mit 46.2% bei den Erwachsenen. Bei den geburtsgeschlechtlich weiblichen Personen sind die Anteile der Personen, die eine Hormonbehandlung innerhalb von zwei Jahren begonnen haben, zwischen den Altersgruppen ähnlich (28.8 und 25.3%).

Tabelle 17: Anteil der Neubegonnenen Hormontherapien innerhalb von zwei Jahren nach inzidenter GI/GD-Diagnose bei Jugendlichen und Erwachsenen

	% Hormonstart	Konfidenzintervall
Jugendliche	28.7	[25.0; 32.6]
Erwachsene	30.0	[27.6; 32.4]

- Lässt sich der Zeitraum vorbestehender F64-/F66-Diagnosen bestimmen? Wie lang ist die Dauer der Pubertätsblockade bis zum Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung?

Diese Fragestellung lässt sich aufgrund der deutlich kürzer als initial angenommenen Beobachtungszeit nicht verallgemeinernd beantworten, da zu den Patient*innen unterschiedlich lange Zeiträume der Vorbeobachtung vorliegen. Durch die unterschiedlich langen Versicherungs- und Beobachtungszeiträume, die durch das Ende des Beobachtungszeitraums trunziert sind, werden Personen, die lange Zeiträume zwischen erster Behandlung und erster Hormonbehandlung oder zwischen Hormonblocker und geschlechtsangleichendem Hormon vorweisen, ausgeschlossen. Dies verzerrt die Ergebnisse insofern, dass die Zeiträume kürzer ausfallen würden, als sie tatsächlich sind. Da gerade bei Jugendlichen hier tatsächlich lange Verläufe typisch sind, wurde aus diesem Grund die Kommunikation der entsprechenden Ergebnisse als nicht sinnvoll eingeschätzt, da sie wie dargestellt verzerrt sind und damit nur fehlerhafte Schlussfolgerungen ermöglichen würden .

- Wie häufig wurden im gleichen Zeitraum geschlechtsangleichende Operationen bei Versicherten dieser Altersgruppe durchgeführt (spezifische OPS-Codes, z.B. für Mastektomie)?

Bezogen auf Personen mit prävalenter GI/GD-Diagnose im Datensatz der Datenlieferung:

Bei 1.4% der minderjährigen prävalente GI/GD-Patient*innen wurde eine geschlechtsangleichende Operation durchgeführt (Brust und Genital), bei 0.9% wurde eine Genital-OP durchgeführt. Bei den Erwachsenen haben 12.5% eine geschlechtsangleichende OP durchführen lassen, 11.4% haben eine Genital-OP durchführen lassen.

Bezogen auf Personen mit prävalenter GI/GD-Diagnose im Datensatz des W-DWH:

Bei 1.7% der minderjährigen, prävalenten GI/GD-Patient*innen wurde eine geschlechtsangleichende Operation durchgeführt (Brust und Genital), bei 0.9% wurde eine Genital-OP durchgeführt. Bei den Erwachsenen haben 17.3% eine geschlechtsangleichende OP durchführen lassen, 15.7% haben eine Genital-OP durchführen lassen.

- Wie hat sich die Häufigkeit von Hormonbehandlungen und irreversibler chirurgischer Eingriffe zur Geschlechtsangleichung bei GI/GD-Patienten dieser Altersgruppe im Zeitverlauf verändert?

Aufgrund sehr geringer Fallzahlen bei Jugendlichen kann dies sowohl im W-DWH als auch in der Datenlieferung nicht für die verschiedenen Altersgruppen stratifiziert ausgewertet werden, da sonst Rückschlüsse auf individuelle Krankheitsverläufe nicht ausgeschlossen werden können, sodass im Folgenden die Entwicklung der Anzahl an Operationen zur Geschlechtsangleichung für beide Altersgruppen zusammengefasst ist.

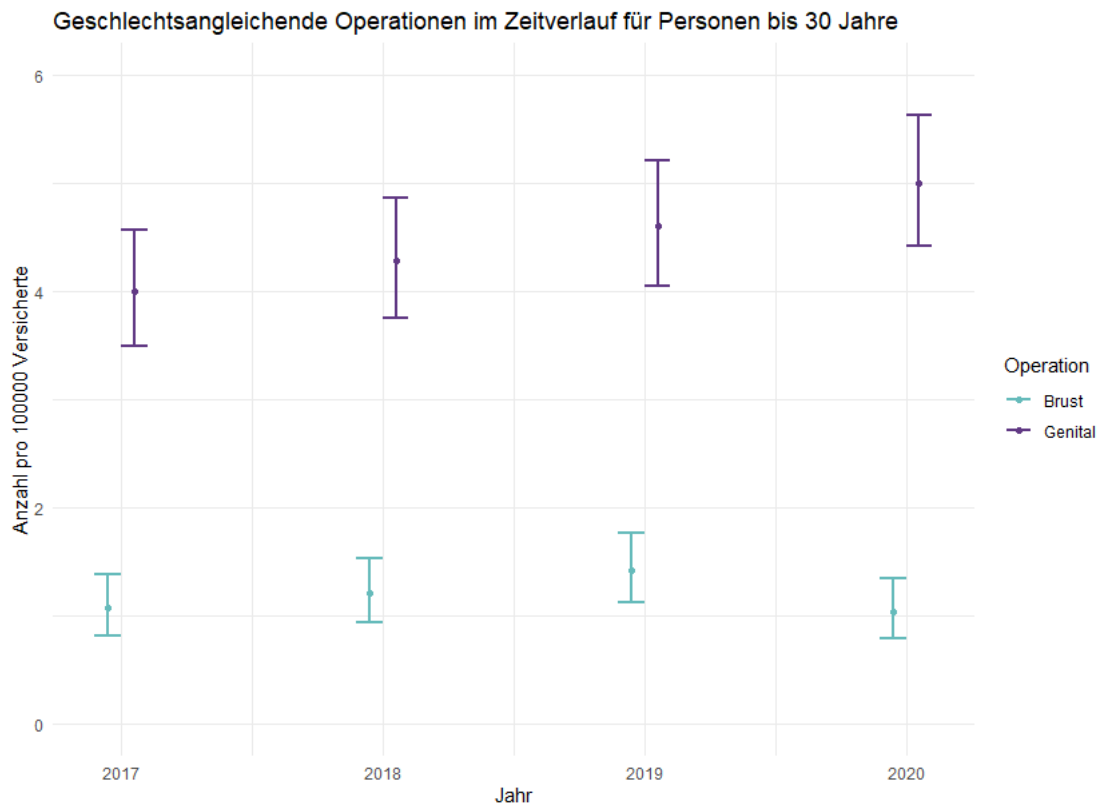


Abbildung 17: Geschlechtsangleichende Operationen der 4- bis 30-Jährigen zusammengefasst für den Zeitraum 2017 bis 2020 in der Datenlieferung. Unterschieden wird hierbei in Genital-OPs und Brust-OPs

In den Daten der Datenlieferung ist kein Anstieg der Häufigkeiten von geschlechtsangleichenden Operationen der Brust (RR = 0.97; KI [0.67; 1.39]) zu verzeichnen, wobei Genital-OPs im Zeitraum von 2017 bis 2020 leicht zugenommen haben (RR = 1.25; KI [1.05; 1.49]) (siehe Abbildung 17). Die Daten des W-DWH zeigen über den Zeitraum von 2010 bis 2021 hingegen einen deutlichen Anstieg der Häufigkeiten sowohl bei den Genital-OPs (RR = 9.94; KI [6.16; 16.04]) als auch bei den Brust-OPs von (RR = 5.73; KI [2.88; 11.38]) (siehe Abbildung 18).

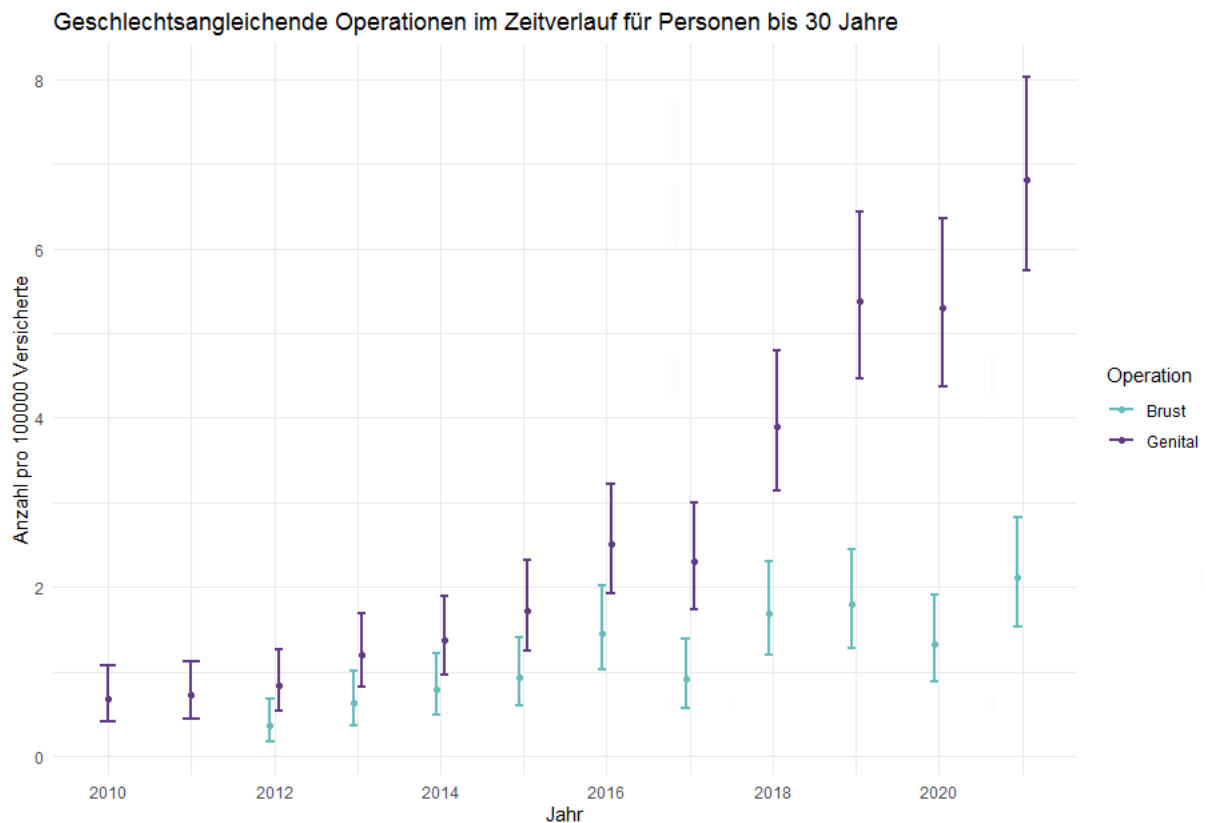


Abbildung 18: Geschlechtsangleichende Operationen der bis 30-Jährigen zusammengefasst für den Zeitraum 2010 bis 2021 im WDW. Unterschieden wird hierbei in Genital-OPs und Brust-OPs

4.1.3 Evaluation psychiatrischer Morbiditäts- und Komorbiditätslast

- Welche psychischen Begleitdiagnosen wurden bei GI/GD-Patient*innen bis zum einschließlich 18. Lebensjahr vor und nach Beginn einer spezifischen Hormonbehandlung gestellt und in welcher Häufigkeitsverteilung nach Alter und Geschlecht?
- In welchem Umfang sind vor und nach dem Beginn spezifischer Hormonbehandlungen psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen durchgeführt worden und in welcher Häufigkeitsverteilung nach Alter und Geschlecht?

Tabelle 18: Prozentuale Häufigkeiten von psychiatrischen Begleitdiagnosen bei Personen mit Erstverordnung im Beobachtungszeitraum basierend auf der Datenlieferung

	Geburtsge- schlecht	% der Personen, die weitere psychiatrische Diagnosen vor Erstverordnung einer Hormontherapie aufweisen (95% KI)	% der Personen, die weitere psychiatrische Diagnosen nach Erstverordnung einer Hormontherapie aufweisen (95% KI)
Minderjährige	alle	68.3 (63.5; 72.8)	66.3(61.5; 70.9)
	M	67.7 (57.3; 77.1)	64.5 (53.9; 74.2)
	W	68.5 (63.0; 73.5)	66.9 (61.4;72.0)
Erwachsene	Alle	69.2 (66.8; 71.5)	66.5 (64.1;68.9)
	M	66.3 (62.1; 70.3)	63.3 (59.0; 67.4)
	W	70.7 (67.8; 73.6)	63.3 (65.3; 71.2)

Die Auswertungen der Datenlieferung zeigen für die Personen mit Erstverordnung im Beobachtungszeitraum, Kodierungen von Begleitdiagnosen des Kapitels „Psychische und Verhaltensstörungen“ des ICD-10, hier nun „psychische Diagnosen“, sowohl bei den erwachsenen als auch bei minderjährigen GI/GD-Patient*innen (siehe Tabelle 18). Tendenziell zeigt sich hierbei kein Rückgang der psychiatrischen und psychotherapeutischen Inanspruchnahme in den zwei Quartalen nach einer erstmaligen Hormontherapie verglichen mit den zwei Quartalen vor einer Hormontherapie. Aufgrund sehr geringer Fallzahlen lassen sich die Daten zu einzelnen Diagnosen nicht nach Geschlecht aufteilen (siehe Abbildungen 19 und 20). Abgebildet sind hierbei nur Diagnosen, die bis zu zwei Quartale vor oder nach Erstverordnung bei mindestens fünf Personen kodiert wurden. Hierbei können bei Personen mehrere der gelisteten Begleitdiagnosen kodiert worden sein, sodass ein Mehrfachvorkommen von Personen möglich ist.

Die hierbei relevant häufig auftretenden psychiatrischen Diagnosen (siehe Abbildungen 19 und 20) sind Affektive Störung (ICD-10 Codes, die mit „F3“ starten), Andere Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.X), Angststörung (F40.X und F41.X), Emotionale Störung des Kindesalters (F93.X), Hyperkinetische Störung (F90.X), Persönlichkeitsstörung (F60.X), Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen (ICD-10 Codes, die mit „F1“ starten), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung (F43.X), Somatoforme Störung (F45), und Störung des Sozialverhaltens (F91.X und F92.X).

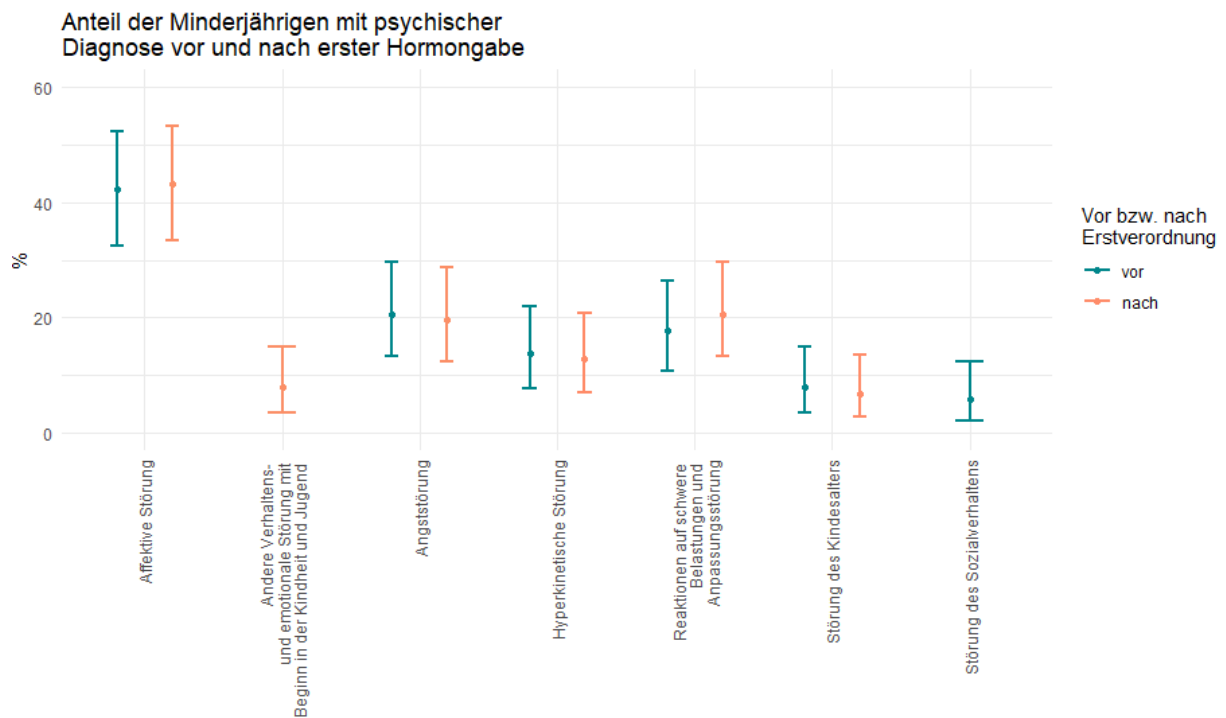


Abbildung 19: Psychiatrische Begleitdiagnosen der Minderjährigen vor und nach dem Beginn einer Hormonbehandlung in den Daten der Datenlieferung. Begleitdiagnosen, die zum entsprechenden Zeitpunkt weniger als fünf Prozent betreffen, werden ausgeblendet

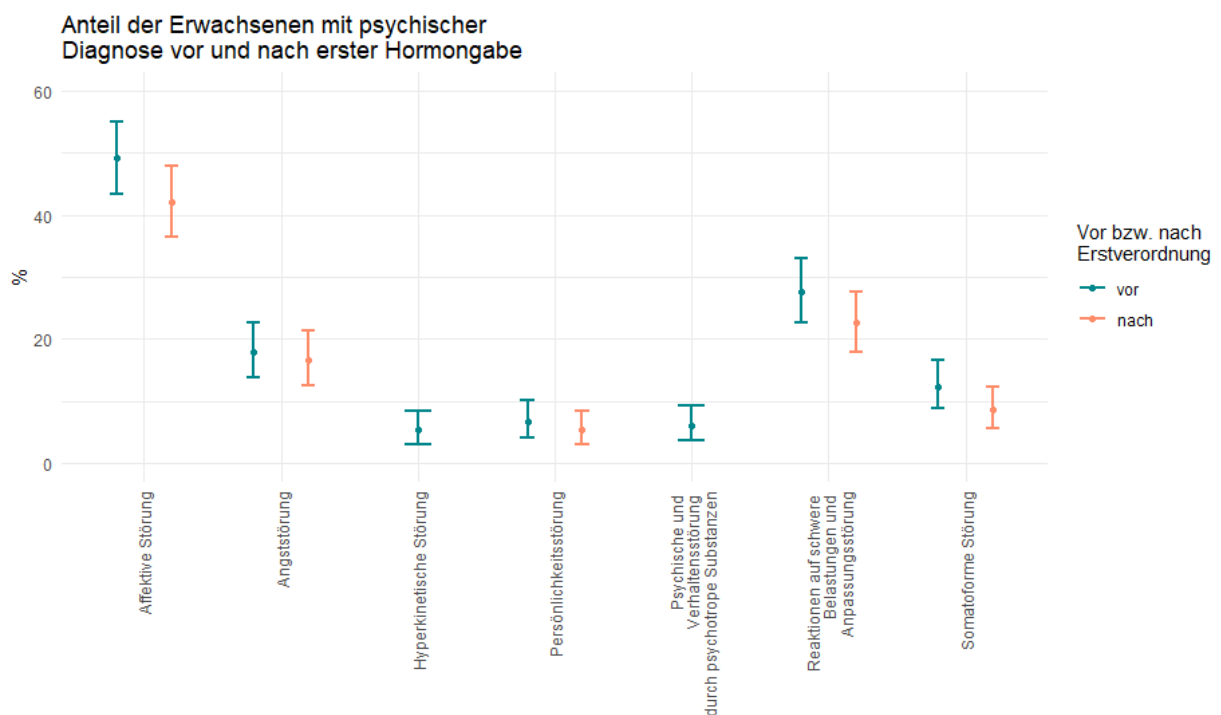


Abbildung 20: Psychiatrische Begleitdiagnosen der Erwachsenen vor und nach dem Beginn einer Hormonbehandlung in den Daten der Datenlieferung. Begleitdiagnosen, die zum entsprechenden Zeitpunkt weniger als 5 Prozent betreffen, werden ausgeblendet

Tabelle 19: Relative Häufigkeiten von psychiatrischen Begleitdiagnosen basierend auf dem W-DWH-Datensatz

	Geburts- ge- schlecht	% der Personen die weitere psychiatrische Diagnosen haben vor Erstverordnung (95% KI)	% der Personen die weitere psychiatrische Diagnosen haben nach Erstverordnung (95% KI)
Minderjährige	alle	72.2 (67.6; 76.4)	72.6 (68.9; 76.9)
	M	73.2 (61.4; 83.1)	74.6 (62.9; 84.2)
	W	71.9 (66.8; 76.6)	72.2 (67.2; 76.9)
Erwachsene	Alle	69.4 (66.9; 71.8)	68.1 (65.6; 70.6)
	M	66.4 (61.8; 70.9)	67.6 (63.0; 72.0)
	W	70.7 (67.7; 73.7)	68.4 (65.3; 71.4)

Vergleicht man im WDWH den Prozentsatz der Personen, die im Zeitraum 2 Quartale vor der ersten Hormongabe eine weitere psychotherapeutische Diagnose erhalten hat mit den 2 Quartalen nach Hormonbeginn, so zeigt sich nur bei den erwachsenen, geburtsgeschlechtlich weiblichen Personen ein Rückgang der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Behandlungen, die in Verbindung mit psychischen Diagnosen stehen. In der Gesamtheit von geburtsgeschlechtlich männlichen und weiblichen Personen sieht man keine Abnahme der psychischen Inanspruchnahme sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Minderjährigen.

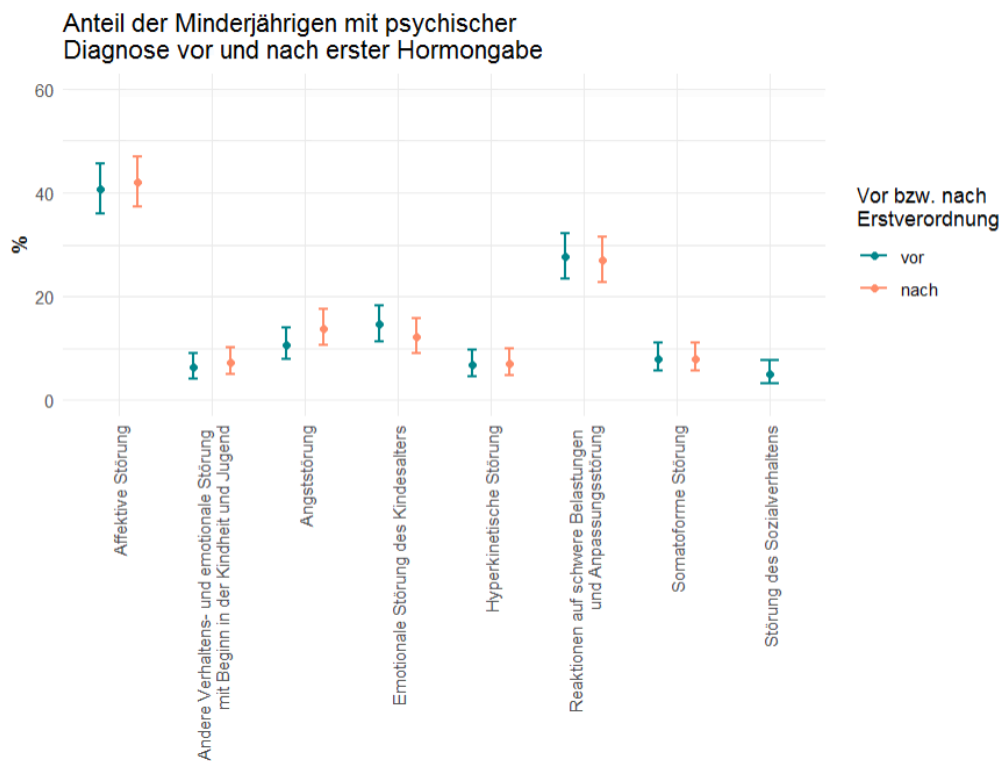


Abbildung 21: Psychiatrische Begleitdiagnosen der Minderjährigen vor und nach dem Beginn einer Hormonbehandlung in den Daten des WDWH. Begleitdiagnosen, die zum entsprechenden Zeitpunkt weniger als 5 Prozent betreffen, werden ausgeblendet

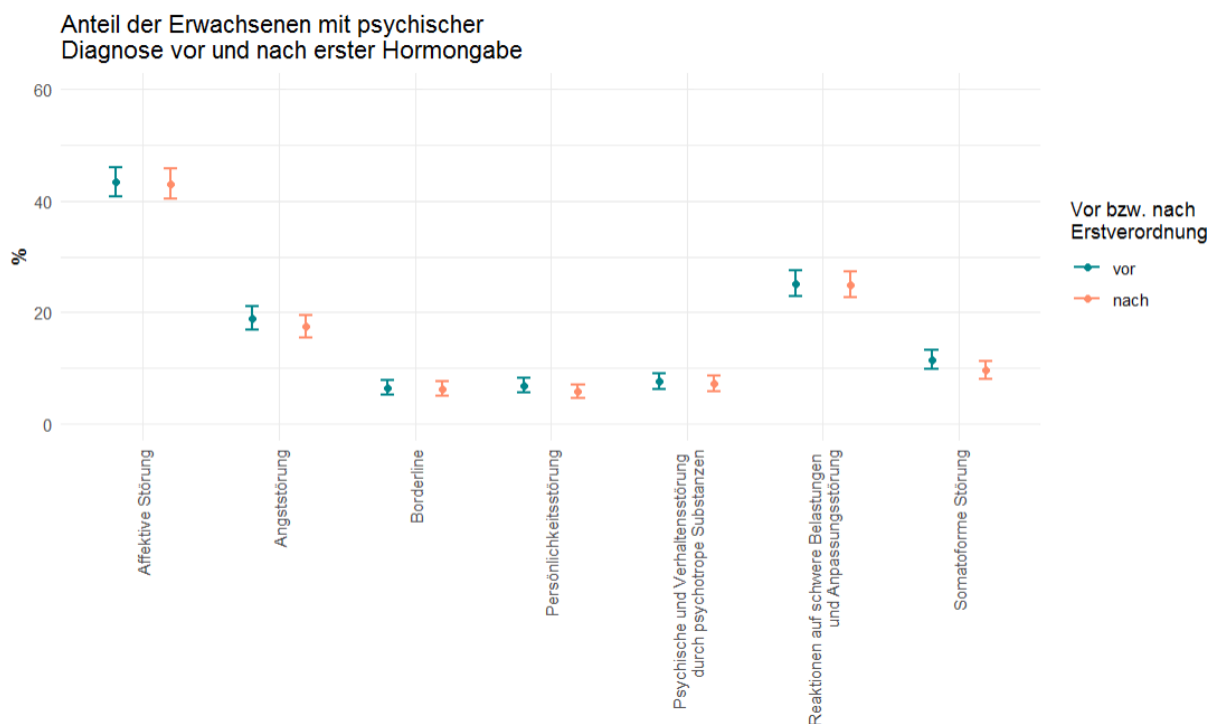


Abbildung 22: Psychiatrische Begleitdiagnosen der Erwachsenen vor und nach dem Beginn einer Hormonbehandlung in den Daten des WDWH. Begleitdiagnosen, die zum entsprechenden Zeitpunkt weniger als 5 Prozent betreffen, werden ausgeblendet

Die Abbildungen 21 und 22 zeigen, dass in den Daten des WDWH sowohl bei den Minderjährigen als auch bei den Erwachsenen kein Rückgang der Begleitdiagnosen zu vermerken ist. In beiden Altersgruppen sind keine signifikanten Rückgänge an psychiatrisch/psychotherapeutischer Inanspruchnahme nach Hormontherapiebeginn detektierbar.

4.1.4 Ermittlung der Häufigkeit von Abbrüchen (Mögliche Regrets)

- Wie häufig kam es im 4- und 12-Jahreszeitraum (2010 bis 2021) nach einem Beginn spezifischer hormoneller Interventionen vor dem 18. Lebensjahr (ATC-Codes) zu Behandlungsabbrüchen (kein ATC-Code mehr)?
- Gibt es Assoziationen von patientenbezogenen Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen etc.) bei Behandlungsbeginn (erstmaliger ATC-Code) auf und dem Auftreten von Behandlungsabbrüchen?

Die Bearbeitung dieses Ziels erfolgte anhand mehrerer Kaplan Meier Kurven, in denen Personen mehr als 3 Monate eine Verschreibung erhalten haben müssen, um in die Gruppe der Personen, die eine Hormontherapie beginnen, zu zählen.

Der Zeitraum, der in den gelieferten Daten abgedeckt wird, ist nicht ausreichend, um Häufigkeiten von Regrets bzw. die Entwicklungen von Patient*innen abzubilden. Dies ist vor allem der Fall, weil unsere Kriterien Personen mit Erstdiagnose einbeziehen, sodass mindestens ein Jahr als Zeitraum dient, der eine Erstdiagnose sicherstellt und des Weiteren eine Erstverordnung eines Hormons gegeben sein muss. Dadurch, dass ein Hormon meist nicht bei einer Erstdiagnose verschrieben wird, sondern ein Zeitraum zwischen Erstdiagnose und Erstverordnung besteht, bleiben von 4 Jahren der übermittelten Daten maximal 3 Jahre, um eine Erstverordnung zu bestimmen und einen möglichen Behandlungsabbruch zu definieren. Ein Abbruch wird ebenfalls mit mindestens 2 verordnungsfreien Quartalen sichergestellt.

Durch diese starken Einschränkungen in den gelieferten Daten, wurde diese Fragestellung ausschließlich anhand der Daten des WDWH beantwortet.

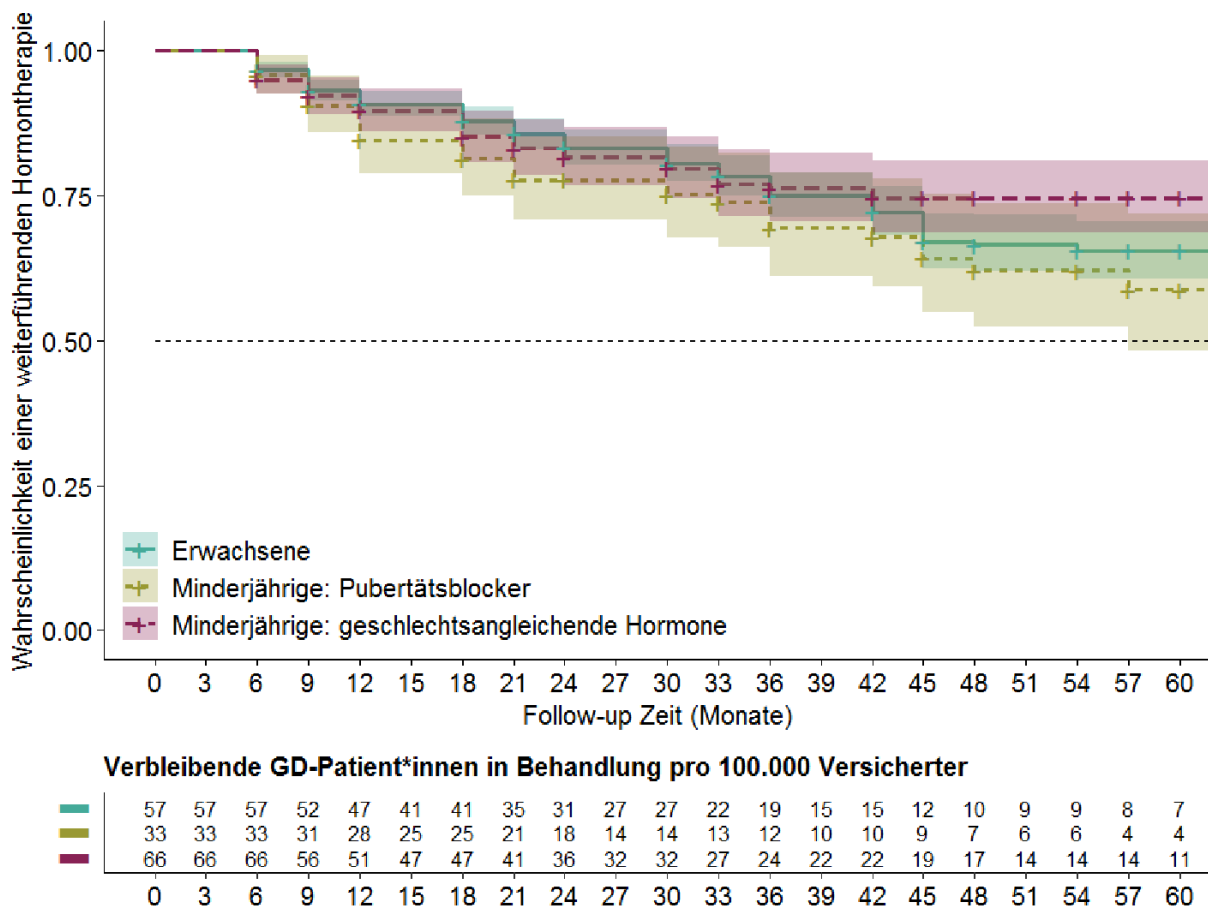


Abbildung 23: Kaplan-Meier Kurve zur Dauer der Einnahme von Hormonen und eventueller Abbrüche der Hormontherapie nach Alter und Hormon

Anmerkung. Hormontherapieverlauf von Patient*innen mit inzidenter GI/GD-Diagnose, hier farblich unterteilt in Erwachsene, Minderjährige, die mit Hormonblockern beginnen und Minderjährigen, die mit geschlechtsangleichenden Hormonen beginnen, bis zu dem Zeitpunkt, an dem eine Therapie abgebrochen wird oder die Versicherung beendet wird. Tabellarisch ist hierbei außerdem zu sehen, wie viele Patient*innen (pro 100 000 Versicherte) zum Zeitpunkt (in Monaten) noch versichert sind und Hormone nehmen.

In der Kaplan Meier Kurve in Abbildung 23 wurde die Patient*innengruppe in drei Subgruppen unterteilt: Erwachsene, Minderjährige, die mit einem Pubertätsblocker (Gonadotropin-releasing hormone) ihre Hormontherapie starten bzw. herauszögern und Minderjährige, die mit einem geschlechtsangleichenden Hormon beginnen. Die Dauer der Beobachtung ist auf 60 Monate und somit 5 Jahre eingeschränkt, da die Anzahl der Personen vor allem auch durch Versicherungsverwechsel stark abnimmt. Die Verläufe der drei Gruppen sind ähnlich und ihre 95% Konfidenzintervalle, hier die jeweils eingefärbten Bereiche, überschneiden sich dabei weitestgehend. Die Kreuze in den Verlaufslinien bilden Behandlungsabbrüche ab, die tabellarisch aufgezeigten Patient*innen in der Population zeigen auf, wie viele Personen noch in der Gesamtheit vorhanden sind und somit nicht das Versicherungsverhältnis beendet haben und die Behandlung weiterführen (pro 100 000 Versicherte).

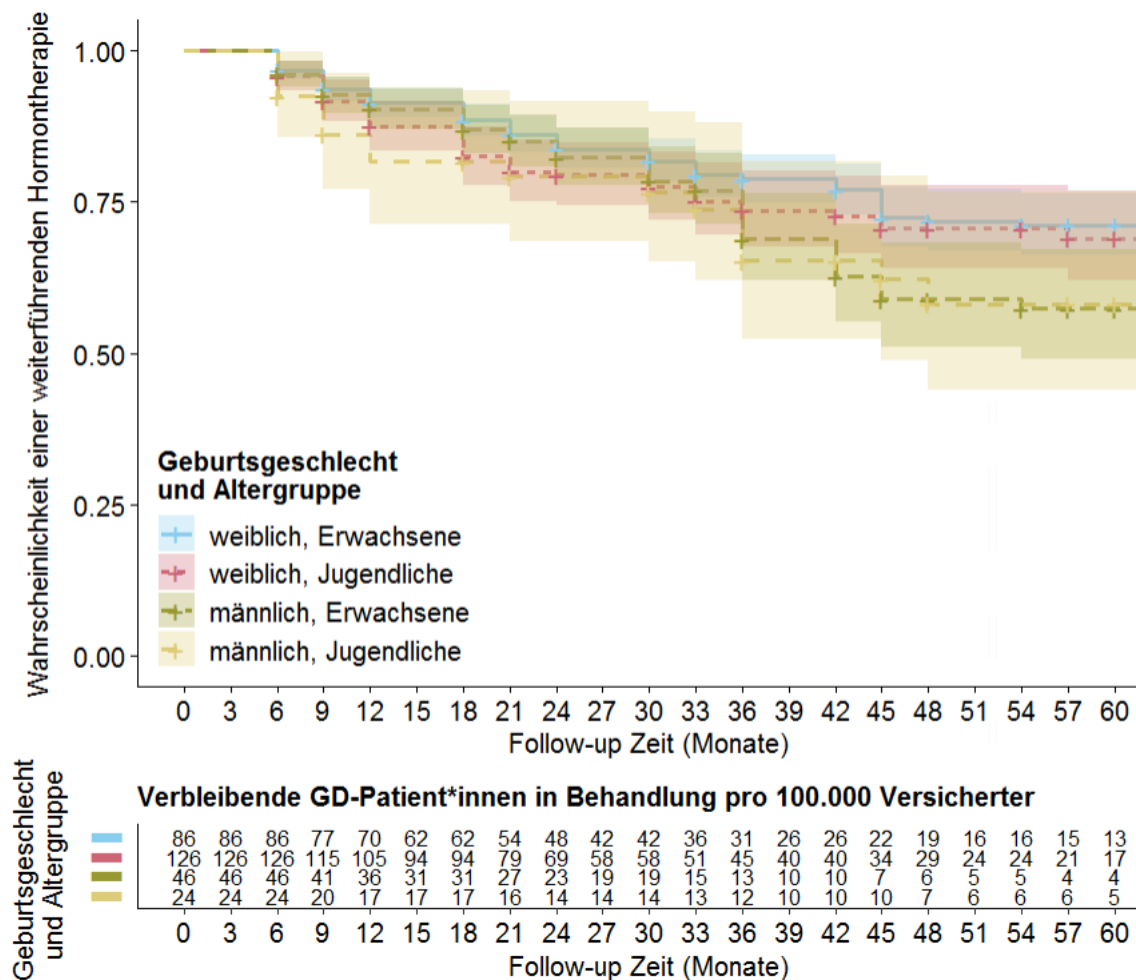


Abbildung 24: Kaplan-Meier Graph zur Dauer der Einnahme von Hormonen und eventueller Abbrüche der Hormontherapie nach Geburtsgeschlecht und Altersgruppen

Anmerkung. Hormontherapieverlauf von Patient*innen mit inzidenter GI/GD-Diagnose, hier farblich unterteilt in geburtsgeschlechtlich weibliche Erwachsene, geburtsgeschlechtlich männliche Erwachsene, geburtsgeschlechtlich weibliche Jugendliche (13-17 Jahre) und geburtsgeschlechtlich männliche Jugendliche (13-17 Jahre), bis zu dem Zeitpunkt, an dem eine Therapie abgebrochen wird oder die Versicherung beendet wird. Tabellarisch ist hierbei außerdem zu sehen, wie viele Patient*innen (pro 100 000 Versicherte) zum Zeitpunkt (in Monaten) noch versichert sind und Hormone nehmen.

Dieser zweite Kaplan Meier Graph (siehe Abbildung 24) zeigt die Patient*innen aufgeteilt nach Geschlecht und Altersgruppe. Dabei entstehen die vier Gruppen geburtsgeschlechtlich männlich und minderjährig, geburtsgeschlechtlich weiblich und minderjährig, geburtsgeschlechtlich männlich und erwachsen und geburtsgeschlechtlich weiblich und erwachsen. Wie im vorherigen Graph sind hierbei die Verläufe anhand der Linien und Kreuze erkenntlich, die eingefärbten Bereiche zeigen das 95% Konfidenzintervall. Die Konfidenzintervalle der einzelnen Gruppen überschneiden sich dabei stark. Ausnahme hierbei sind die Gruppen der erwachsenen geburtsgeschlechtlich weiblichen Personen und den erwachsenen geburtsgeschlechtlich männlichen Personen. Es lässt sich sagen, dass nach 60

Monaten die erwachsenen geburtsgeschlechtlich weiblichen Personen weniger häufig eine Hormontherapie beenden als erwachsene, geburtsgeschlechtlich männliche Personen.

In Abbildung 25 ist ein weiterer Kaplan-Meier Graph zu sehen, der die Dauer der Einnahme von Hormonen und eventuelle Abbrüche von Patient*innen zeigt, die eine Hormontherapie gestartet haben. Der Therapieverlauf mit Hormonen von Patient*innen mit inzidenter GI/GD-Diagnose wird hierbei bis zu dem Zeitpunkt, an dem eine Therapie abgebrochen wird oder die Patient*innen sind hierbei unterteilt in vier Subgruppen, die einerseits Erwachsene und Minderjährige teilt sowie ob sie 2 Quartale vor oder nach ihrer Erstdiagnose eine psychiatrische Begleitdiagnose hinterlegt haben. Die Information der psychiatrisch-psychotherapeutischen Inanspruchnahme wird den Daten anhand von OPS-Codes sowie EbM Nummern entnommen. In tabellarischer Form ist außerdem vermerkt, wie viele Patient*innen pro 100000 Versicherte zum Zeitpunkt (in Monaten) noch versichert sind und Hormone einnehmen. EbM Ziffern, die hierbei einbezogen wurden, sind solche, die mit „35“ starten und OPS-Codes, die mit folgenden Ziffern beginnen: „9-40“, „9-41“, „9-6“, „9-70“, „9-80“.

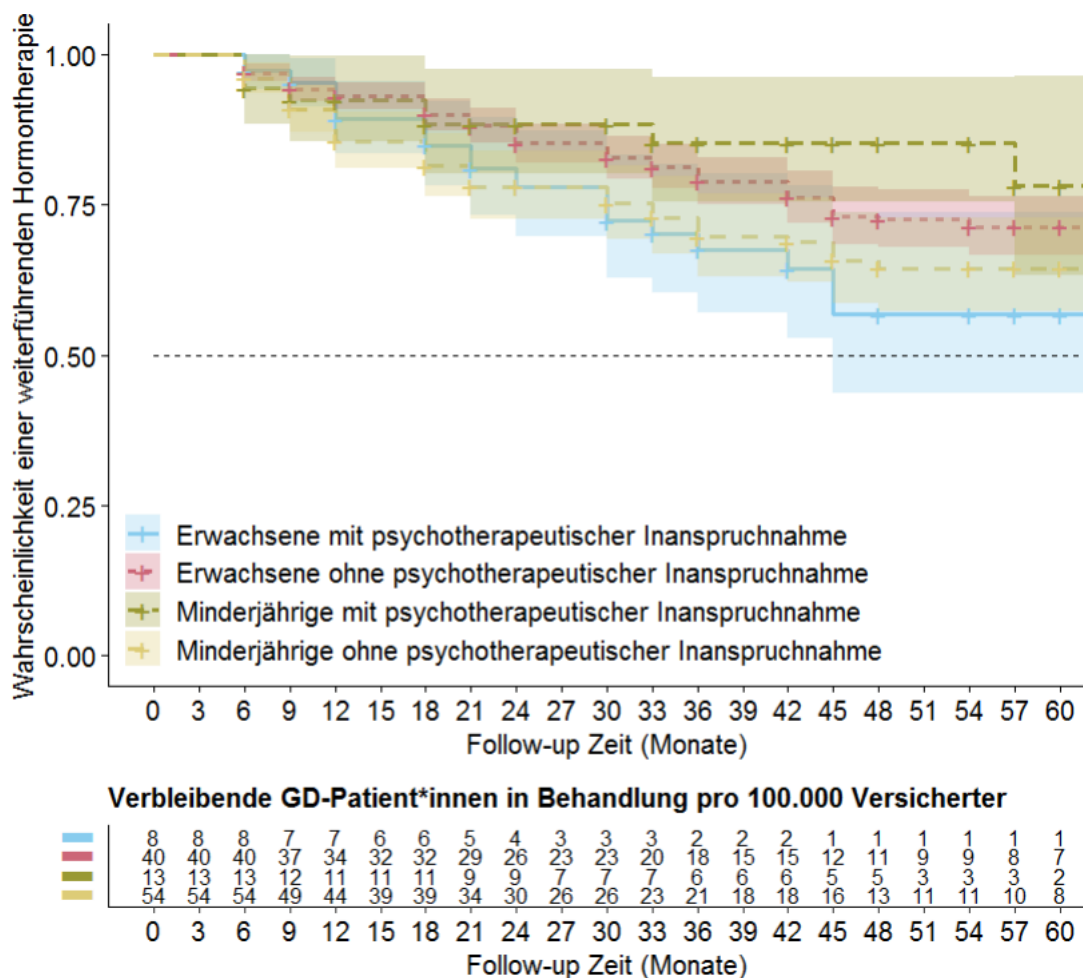


Abbildung 25: Kaplan-Meier Graph zur Dauer der Einnahme von Hormonen und eventueller Abbrüche der Hormontherapie unter Berücksichtigung psychotherapeutischer Inanspruchnahme zum Zeitpunkt des Hormonstarts

Anmerkung. Hormontherapieverlauf von Patient*innen mit inzidenter GI/GD-Diagnose, hier farblich unterteilt in Erwachsene und Minderjährige und ob sie 2 Quartale vor oder nach ihrer Erstdiagnose eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen haben, bis zu

dem Zeitpunkt, an dem eine Therapie abgebrochen wird oder die Versicherung beendet wird. Tabellarisch ist hierbei außerdem zu sehen, wie viele Patient*innen (pro 100 000 Versicherte) zum Zeitpunkt (in Monaten) noch versichert sind und Hormone nehmen.

Über die Dauer von 60 Monaten, also fünf Jahren, nimmt die Wahrscheinlichkeit ab, weiterhin eine Hormontherapie weiterzuführen. Bei einer Unterteilung in Erwachsene und Minderjährige in Abbildung 23 erreicht keine der Subgruppen die Wahrscheinlichkeit von 50%, eine Hormontherapie weiterzuführen. Bei einer Unterteilung nach Altersgruppe und Geschlecht (Abbildung 24) erreichen die geburtsgeschlechtlich männlichen Personen den Punkt, die Therapie zu 50% fortzusetzen. Bei Erwachsenen und Minderjährigen, die keine Psychotherapie zum Zeitpunkt der Erstverordnung in Anspruch nahmen (Abbildung 25), wird der Wert, die Einnahme zu 50% fortzuführen, überschritten, bei den Patient*innen, die Psychotherapie in Anspruch nahmen, wird dieser nicht erreicht.

4.1.5 Analyse des Zusammenhangs zwischen Strukturqualitäts-Merkmalen und Outcomes

- Wie ist die Häufigkeitsverteilung unterschiedlicher Strukturstandards (siehe Abbildung 1) der psychischen Gesundheitsversorgung vor und nach Beginn spezifischer Hormonbehandlungen bei jugendlichen Versicherten mit GI/GD?

Die Variable Strukturqualität, welche definiert unter welcher Qualität die Diagnose GD gestellt wurde, liegt ausschließlich in den Daten der Datenlieferung vor. Ausgehend von den Minderjährigen, die weitere psychotherapeutische Behandlungen vor ihrer Erstverordnung in Anspruch genommen haben, haben 27% mindestens eine GD Diagnose unter der besten Strukturqualität der Kategorie A erhalten, 58% erhielten mindestens eine GD-Diagnose unter Strukturqualität B und 15% nur Diagnosen unter Qualität C. Die Personen, die eine Erstverordnung erhielten und nach dieser weitere psychotherapeutische Behandlungen erhielten, erhielten ihre GD-Diagnosen zu 26% maximal in Strukturqualität A, zu 57% in Kategorie B und zu 17% in Kategorie C. Unter den erwachsenen Patient*innen, die weitere psychotherapeutische Diagnosen erhalten haben, waren 4.8% vor der Erstverordnung in Behandlung unter Strukturqualität A, 77.7% waren in Strukturqualität B und in Qualität C waren es 17.6%. Personen, die innerhalb des ersten Jahres nach der Erstverordnung weitere psychotherapeutische Diagnosen erhalten haben, waren in 5.3% der Fälle zuvor in Strukturqualität A, zu 80.4% in Qualität B und zu 14.3% ausschließlich in Qualität C.

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen Unterschieden in der Strukturqualität und der Auftretenswahrscheinlichkeit von Behandlungsabbrüchen nach Beginn einer spezifischen Hormontherapie?

Da die Information zur Strukturqualität lediglich in der Datenlieferung vorliegt, und hierbei der Beobachtungszeitraum der Daten auf 4 Jahre beschränkt ist, ist es nicht ermittelbar, inwiefern Personen eine Hormontherapie abhängig von ihrer Strukturqualität abbrechen. Der Zeitraum von 4 Jahren gibt nicht die Möglichkeit her, ausreichend Personen zu finden, die eine inzidente Diagnose innerhalb des Zeitraums haben, um einen anschließenden Hormontherapiebeginn zu vermerken und ebenfalls einen Abbruch der Therapie zu definieren.

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen Unterschieden in der Strukturqualität und der psychiatrischen Morbiditätslast 2 Jahre nach Beginn einer spezifischen Hormontherapie?

Tabelle 20: Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlungen der Minderjährigen differenziert nach der besten Strukturqualität bis zu 2 Quartale vor einer Erstverordnung

Strukturqualität	Betroffene Personen mit weiterer psychiatrischer Diagnose (%)	Konfidenzintervall
A	67.3	[52.5; 80.1]
B	60.7	[51.2; 69.6]
C	77.8	[57.7; 91.4]

Es zeigt sich keine Auswirkung der Strukturqualität vor Hormongabe auf die Inanspruchnahme weiterer psychotherapeutischer Behandlungen in den 2 Folgejahren. Die Prozente der betroffenen Personen weiterer F-Diagnosen liegt je Kategorie zwischen 60% und 80% (siehe Tabelle 20). Die Konfidenzintervalle der 3 Strukturqualitäten überschneiden sich dabei stark, sodass hierbei keine signifikanten Unterschiede vorliegen.

Tabelle 21: Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlungen der Erwachsenen differenziert nach der besten Strukturqualität bis zu 2 Quartale vor einer Erstverordnung

Strukturqualität	Betroffene Personen mit weiterer psychiatrischer Diagnose (%)	Konfidenzintervall
A	27.7	[15.6; 42.6]
B	53.9	[48.9; 58.6]
C	53.3	[42.5; 63.9]

Bei den erwachsenen Patient*innen ist ein Unterschied unter den Qualitäten festzustellen (siehe Tabelle 21). Hierbei lässt sich sagen, dass die Personen, die unter Strukturqualität A behandelt wurden, deutlich weniger weitere psychotherapeutische Diagnosen nach einem Hormonstart verzeichnen als Personen unter Strukturqualität B. Personen mit einer Strukturqualität C haben ähnlich häufig weitere psychotherapeutische Behandlungen, hierbei überschneidet sich das Konfidenzintervall jedoch minimal mit dem der Qualität A. Zusammenfassend lässt sich hierzu sagen, dass vor allem ein Unterschied zwischen Strukturqualität A und B zu verzeichnen ist.

4.2 TP 3: Ergebnisse gesundheitsökonomische Analysen

4.2.1 Welche Mehrkosten in der Versorgung entstanden im Jahr 2019 für 4- bis 30-jährige Versicherten mit prävalenten F64/F66-Diagnosen und wie haben sich diese im Zeitverlauf entwickelt?

Unter den Versicherten der TK und BARMER im Alter von 4 bis 30 Jahren wurden $n = 2837$ (2018), $n = 3479$ (2019) und $n = 4086$ (2020) Personen mit prävalenter GI/GD identifiziert (siehe Tabelle 22 und 23). Im Vergleich zur vorselektierten Kontrollgruppe vor der Balancierung war der Anteil der Personen mit prävalenter GI/GD, die bei der Geburt weiblich waren, geringer (z.B. im Jahr 2019: 66% gegenüber 72%), und der Anteil mit psychiatrischen Diagnosen im selben Jahr war höher (z.B. wurden im Jahr 2019 bei 44% gegenüber 9% affektive Störungen (F30-F39), bei 27% gegenüber 8% Reaktionen auf schweren Stress und

Anpassungsstörungen (F43) und bei 14% gegenüber 7% somatoforme Störungen (F459 diagnostiziert). Nach dem entropy balancing waren die Gruppen bzgl. der Balancierungsvariablen vergleichbar (siehe Tabelle 22 und 23).

Unter Berücksichtigung des Alters, des bei der Geburt zugewiesenen Geschlechts und des Bezirkstyps hatten Personen mit prävalenter GI/GD in allen beobachteten Jahren (2018, 2019, 2020) höhere durchschnittliche Gesamtkosten als die Kontrollgruppe, mit einer Kostendifferenz von z. B. 4843 € (95%-KI [4306 €; 5380 €]) im Jahr 2019 (siehe Abbildung 26 und Tabelle 24). Zwischen den Jahren wurde kein relevanter Unterschied beobachtet; das Muster sah ähnlich aus mit durchschnittlichen Gesamtkosten in der GI/GD-Gruppe zwischen 5500 € und 6000 € und rund 1000 € in der Kontrollgruppe.

Im Folgenden wird auf die Ergebnisse im Jahr 2019, dem letzten Jahr vor der Pandemie, genauer eingegangen: Im Jahr 2019 wurden höhere durchschnittliche Gesamtkosten für Personen mit prävalenter GI/GD im Vergleich zu Kontrollen beobachtet, und zwar sowohl für das männliche und das weibliche Geschlecht als auch für alle Altersgruppen (siehe Abbildung 23), wobei die Kosten für GI/GD-Fälle in der Altersgruppe der 13- bis 17-Jährigen am höchsten waren (8076 €), was dazu führte, dass die Kostendifferenz in dieser Altersgruppe ebenfalls am größten war.

Personen mit prävalenter GI/GD hatten im Jahr 2019 in allen Kostensektoren höhere Durchschnittskosten als die Kontrollgruppe (siehe Abbildung 28), wobei die größten Unterschiede zwischen den Gruppen bei somatischen stationären Krankenhausaufenthalten beobachtet wurden (+ 1605 €; 95%-KI [1164 €; 2046 €]; was 33% der Gesamtkostendifferenz zwischen den Gruppen ausmachte), gefolgt von stationären psychiatrischen Krankenhausaufenthalten (+ 1517 €; 95%-KI [1248 €; 1785 €]; \pm 31%), der Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Dienste (+ 699 €, 95%-KI [657 €; 741 €]; \pm 14 %) und der Inanspruchnahme somatischer Medikamente (+ 428 €, 95%-KI [303 €; 554 €]; \pm 9 %) (siehe Tabelle 24). Darüber hinaus verbrachten Personen mit prävalenter GI/GD im Jahr 2019 im Vergleich zu den Kontrollen durchschnittlich mehr Tage in psychiatrischen (+4.3, 95%-KI [3.6 bis 5.0]) und somatischen Krankenhäusern (+1.9, 95%-KI [1.6; 2.2]). Ebenso war ihr Medikamentenverbrauch höher, mit einer durchschnittlichen Differenz von +61 DDD (95%-KI [54 ; 67]) für psychiatrische und +281 DDD (95%-KI [267€; 295 €]) für somatische Medikamente.

Die zusätzliche Balancierung der der Kontrollgruppe für psychiatrische Diagnosen verringerte den Unterschied zwischen den Gruppen bei den Kosten und dem Ressourcenverbrauch in allen Untergruppen und Sektoren erheblich (siehe Abbildung 26, 27 und 28 sowie Tabelle 24). So verringerte sich beispielsweise der Unterschied bei den durchschnittlichen Gesamtkosten 2019 um 43 % auf +2753 € (95%-KI [2163 €; 3343 €]). Diese Verringerung ist hauptsächlich auf die geringere Kostendifferenz für stationäre psychiatrische Krankenhausaufenthalte (+291 €, 95%-KI [52 €; 634 €]) und ambulante psychiatrische Leistungen (+355 €, 95%-KI [309 €; 401 €]) zurückzuführen (siehe Tabelle 24).

Die Kostenunterschiede über die einzelnen beobachteten Kalenderjahre sind zeitlich relativ konstant (siehe Abbildung 26). Für die mit Alter, Geburtsgeschlecht, und Kreistyp balancierten Analysen zeigt sich dies mit Kostenunterschieden von 4564 € in 2018, 4843 € in 2019 und 4500 € in 2020 in einem leichten Anstieg um 300 € in 2019 und danach einem Absinken auf das Anfangsniveau. Bei den mit Alter, Geburtsgeschlecht Kreistyp und F-Diagnosen balancierten Analysen ist ein ähnlicher Verlauf zu verzeichnen. Die jeweiligen Kostenunterschiede betragen hier 2629 € in 2018, 2753 € in 2019 und 2333 € in 2020.

TRANSKIDS-CARE (01VSF20033)

Tabelle 22: Mittelwert (Varianz; Schiefe) ausgewählter Kovariaten bei Personen mit prävalenter GI/GD im Vergleich zu Kontrollpersonen, vor und nach Balancierung von Alter, bei der Geburt zugewiesenem Geschlecht und Art des Bezirks

	2018			2019			2020		
	GI/GD (n=2,837)	Kontrolle (vorher) (n=97,073)	Kontrolle (nachher) (n=97,073)	GI/GD (n=3,479)	Kontrolle (vorher) (n=97,268)	Kontrolle (nachher) (n=97,268)	GI/GD (n=4,086)	Kontrolle (vorher) (n=95,962)	Kontrolle (nachher) (n=95,962)
Alter	21.86 (31.03; -0.58)	20.96 (39.09; -0.42)	21.86 (31.03; -0.58)	21.87 (30.12; -0.54)	21.55 (36.54; -0.47)	21.87 (30.12; -0.54)	22.02 (28.16; -0.52)	21.99 (33.61; -0.52)	22.02 (28.16; -0.52)
Weiblich (Geburts-geschlecht)	0.67 (0.22; -0.74)	0.72 (0.20; -1.00)	0.67 (0.22; -0.74)	0.66 (0.22; -0.69)	0.72 (0.20; -0.98)	0.66 (0.22; -0.69)	0.65 (0.23; -0.65)	0.72 (0.20; -0.95)	0.65 (0.23; -0.65)
Städtischer Kreis (Ref: kreisfreie Stadt)	0.32 (0.22; 0.78)	0.34 (0.22; 0.68)	0.32 (0.22; 0.78)	0.31 (0.21; 0.83)	0.34 (0.22; 0.67)	0.31 (0.21; 0.83)	0.33 (0.22; 0.74)	0.34 (0.23; 0.66)	0.33 (0.22; 0.74)
Ländlicher Kreis	0.13 (0.12; 2.16)	0.13 (0.11; 2.19)	0.13 (0.12; 2.16)	0.13 (0.11; 2.22)	0.13 (0.11; 2.20)	0.13 (0.11; 2.22)	0.11 (0.10; 2.43)	0.13 (0.11; 2.18)	0.11 (0.10; 2.42)
Dünn besiedelter ländlicher Kreis	0.12 (0.10; 2.39)	0.12 (0.11; 2.32)	0.12 (0.10; 2.39)	0.11 (0.10; 2.46)	0.12 (0.11; 2.33)	0.11 (0.10; 2.46)	0.10 (0.09; 2.58)	0.12 (0.11; 2.34)	0.10 (0.09; 2.58)

Anmerkung: GI/GD=Geschlechtsinkongruenz/ Geschlechtsdysphorie; Ref.=Referenzgruppe

Tabelle 23: Mittelwert (Varianz; Schiefe) ausgewählter Kovariaten bei Personen mit prävalenter GI/GD im Vergleich zu Kontrollen, vor und nach Balancierung von Alter, bei der Geburt zugewiesenem Geschlecht, Art des Bezirks und psychiatrischen Diagnosen

	2018			2019			2020		
	GI/GD	Kontrolle (vorher)	Kontrolle (nachher)	GI/GD	Kontrolle (vorher)	Kontrolle (nachher)	GI/GD	Kontrolle (vorher)	Kontrolle (nachher)
	(n=2,837)	(n=97,073)	(n=97,073)	(n=3,479)	(n=97,268)	(n=97,268)	(n=4,086)	(n=95,962)	(n=95,962)
Alter	21.86 (31.03; -0.58)	20.96 (39.09; -0.42)	21.86 (31.03; -0.58)	21.87 (30.12; -0.54)	21.55 (36.54; -0.47)	21.87 (30.12; -0.54)	22.02 (28.16; -0.52)	21.99 (33.61; -0.52)	22.02 (28.16; -0.52)
Weiblich (Geburtsgeschlecht)	0.67 (0.22; -0.74)	0.72 (0.20; -1.00)	0.67 (0.22; -0.74)	0.66 (0.22; -0.69)	0.72 (0.20; -0.98)	0.66 (0.22; -0.69)	0.65 (0.23; -0.65)	0.72 (0.20; -0.95)	0.65 (0.23; -0.65)
Städtischer Kreis (Ref.: kreisfreie Stadt)	0.32 (0.22; 0.78)	0.34 (0.22; 0.68)	0.32 (0.22; 0.78)	0.31 (0.21; 0.83)	0.34 (0.22; 0.67)	0.31 (0.21; 0.83)	0.33 (0.22; 0.74)	0.34 (0.23; 0.66)	0.33 (0.22; 0.74)
Ländlicher Kreis	0.13 (0.12; 2.16)	0.13 (0.11; 2.19)	0.13 (0.12; 2.16)	0.13 (0.11; 2.22)	0.13 (0.11; 2.20)	0.13 (0.11; 2.22)	0.11 (0.10; 2.43)	0.13 (0.11; 2.18)	0.11 (0.10; 2.42)
Dünn besiedelter ländlicher Kreis	0.12 (0.10; 2.39)	0.12 (0.11; 2.32)	0.12 (0.10; 2.39)	0.11 (0.10; 2.46)	0.12 (0.11; 2.33)	0.11 (0.10; 2.46)	0.10 (0.09; 2.58)	0.12 (0.11; 2.34)	0.10 (0.09; 2.58)
Psychische Störungen und Verhaltensstörungen aufgrund des Konsums psychoaktiver Substanzen (F10-F19)	0.08 (0.08; 3.00)	0.03 (0.03; 5.32)	0.08 (0.08; 3.00)	0.09 (0.08; 2.97)	0.03 (0.03; 5.08)	0.09 (0.08; 2.97)	0.08 (0.08; 3.00)	0.03 (0.03; 5.35)	0.08 (0.08; 3.00)
Affektive Störungen (F30-F39)	0.42 (0.24; 0.31)	0.08 (0.07; 3.10)	0.42 (0.24; 0.31)	0.44 (0.25; 0.23)	0.09 (0.08; 2.96)	0.44 (0.25; 0.23)	0.47 (0.25; 0.10)	0.09 (0.08; 2.88)	0.47 (0.25; 0.10)
Reaktion auf schweren Stress und Anpassungsstörungen (F43)	0.28 (0.20; 1.01)	0.07 (0.07; 3.26)	0.28 (0.20; 1.01)	0.27 (0.20; 1.01)	0.08 (0.07; 3.11)	0.27 (0.20; 1.01)	0.28 (0.20; 0.98)	0.08 (0.07; 3.12)	0.28 (0.20; 0.98)
Somatoforme Störungen (F45)	0.14 (0.12; 2.03)	0.07 (0.06; 3.41)	0.14 (0.12; 2.03)	0.14 (0.12; 2.11)	0.07 (0.06; 3.42)	0.14 (0.12; 2.11)	0.14 (0.12; 2.09)	0.07 (0.06; 3.47)	0.14 (0.12; 2.09)
Phobische Angststörungen (F40)	0.09 (0.08; 2.86)	0.02 (0.02; 7.65)	0.09 (0.08; 2.86)	0.10 (0.09; 2.69)	0.02 (0.02; 7.39)	0.10 (0.09; 2.69)	0.11 (0.10; 2.52)	0.02 (0.02; 7.18)	0.11 (0.10; 2.51)
Sonstige Angststörungen (F41)	0.14 (0.12; 2.06)	0.04 (0.04; 4.69)	0.14 (0.12; 2.06)	0.14 (0.12; 2.07)	0.04 (0.04; 4.47)	0.14 (0.12; 2.07)	0.15 (0.13; 1.92)	0.05 (0.05; 4.25)	0.15 (0.13; 1.92)
Sonstige neurotische Störungen (F48)	0.05 (0.04; 4.38)	0.02 (0.02; 6.62)	0.05 (0.04; 4.38)	0.04 (0.04; 4.68)	0.02 (0.02; 6.48)	0.04 (0.04; 4.68)	0.03 (0.03; 5.08)	0.02 (0.02; 6.80)	0.03 (0.03; 5.08)
Essstörungen (F50)	0.03 (0.03; 5.13)	0.01 (0.01; 9.19)	0.03 (0.03; 5.13)	0.03 (0.03; 5.08)	0.01 (0.01; 8.98)	0.03 (0.03; 5.08)	0.04 (0.03; 5.00)	0.01 (0.01; 8.69)	0.04 (0.03; 5.00)
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Typ Borderline (F60.31)	0.07 (0.06; 3.45)	0.01 (0.01; 11.18)	0.07 (0.06; 3.45)	0.07 (0.07; 3.36)	0.01 (0.01; 10.51)	0.07 (0.07; 3.36)	0.08 (0.07; 3.17)	0.01 (0.01; 10.27)	0.08 (0.07; 3.17)
Hyperkinetische Störungen (F90)	0.07 (0.06; 3.40)	0.02 (0.02; 6.31)	0.07 (0.06; 3.40)	0.08 (0.07; 3.18)	0.02 (0.02; 6.35)	0.08 (0.07; 3.18)	0.08 (0.08; 3.03)	0.02 (0.02; 6.30)	0.08 (0.08; 3.03)
Sonstige emotionale Störungen in der Kindheit (F93.8)	0.04 (0.04; 4.59)	0.01 (0.01; 11.27)	0.04 (0.04; 4.59)	0.03 (0.03; 5.20)	0.01 (0.01; 11.10)	0.03 (0.03; 5.20)	0.04 (0.04; 4.58)	0.01 (0.01; 11.38)	0.04 (0.04; 4.58)
Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Regel im Kindes- und Jugendalter (F98)	0.05 (0.04; 4.38)	0.02 (0.02; 7.86)	0.05 (0.04; 4.38)	0.04 (0.04; 4.68)	0.01 (0.01; 8.59)	0.04 (0.04; 4.68)	0.04 (0.04; 4.93)	0.01 (0.01; 8.97)	0.04 (0.04; 4.93)
Emotionale Störungen mit spezifischem Beginn in der Kindheit (F93)	0.02 (0.02; 6.54)	0.01 (0.01; 10.94)	0.02 (0.02; 6.54)	0.02 (0.02; 6.12)	0.01 (0.01; 11.55)	0.02 (0.02; 6.12)	0.02 (0.02; 6.19)	0.01 (0.01; 12.16)	0.02 (0.02; 6.19)
Akute und vorübergehende psychotische Störungen (F23)	0.00 (0.00; 26.58)	0.00 (0.00; 34.15)	0.00 (0.00; 26.57)	0.00 (0.00; 20.78)	0.00 (0.00; 34.83)	0.00 (0.00; 20.78)	0.00 (0.00; 15.89)	0.00 (0.00; 33.56)	0.00 (0.00; 15.89)
Dissoziative [Konversions-]Störungen (F44)	0.02 (0.02; 7.66)	0.00 (0.00; 21.03)	0.02 (0.02; 7.66)	0.02 (0.02; 7.23)	0.00 (0.00; 20.67)	0.02 (0.02; 7.23)	0.02 (0.02; 7.39)	0.00 (0.00; 20.35)	0.02 (0.02; 7.39)
Verhaltensstörungen (F91)	0.02 (0.02; 6.13)	0.01 (0.01; 12.35)	0.02 (0.02; 6.13)	0.02 (0.02; 6.28)	0.01 (0.01; 12.31)	0.02 (0.02; 6.28)	0.02 (0.02; 6.59)	0.01 (0.01; 13.10)	0.02 (0.02; 6.59)
Gemischte Störungen des Verhaltens und der Emotionen (F92)	0.02 (0.02; 6.27)	0.00 (0.00; 15.68)	0.02 (0.02; 6.27)	0.02 (0.02; 6.20)	0.00 (0.00; 16.17)	0.02 (0.02; 6.20)	0.02 (0.02; 6.59)	0.00 (0.00; 16.54)	0.02 (0.02; 6.59)

Anmerkung: GI/GD=Geschlechtsinkongruenz/ Geschlechtsdysphorie; Ref.=Referenzgruppe

TRANSKIDS-CARE (01VSF20033)

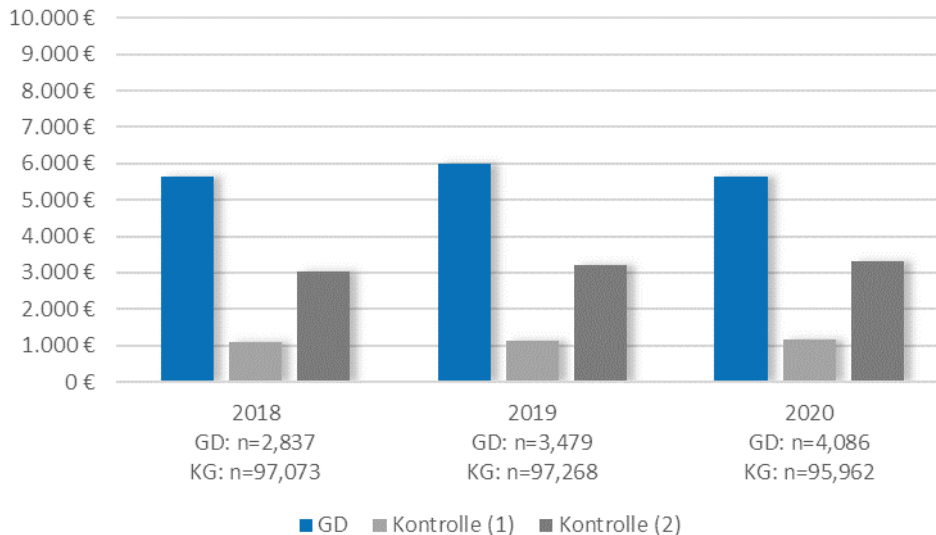


Abbildung 26: Mittlere Gesamtkosten für Personen mit prävalenter GI/GD im Vergleich zu den Kontrollen nach Kalenderjahr

Anmerkung. Kontrolle (1) = balanciert für Alter, bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht und Art des Bezirks; Kontrolle (2) = balanciert für Alter, bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht, Art des Bezirks und psychische Diagnosen.

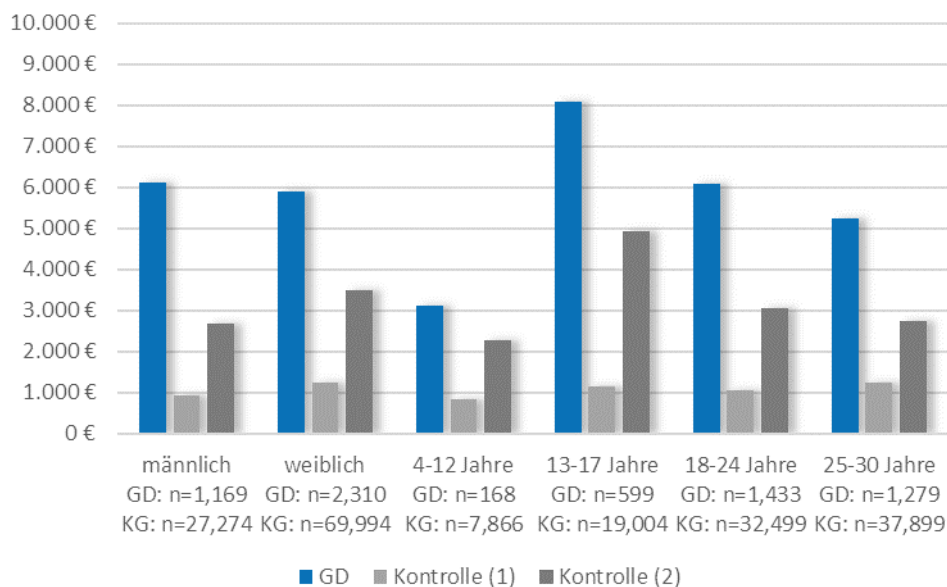


Abbildung 27: Mittlere Gesamtkosten 2019 für Personen mit prävalenter GI/GD im Vergleich zu Kontrollen nach dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht und den Altersgruppen

Anmerkung. Kontrolle (1) = balanciert für Alter, bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht und Art des Bezirks; Kontrolle (2) = balanciert für Alter, bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht, Art des Bezirks und psychiatrische Diagnosen.

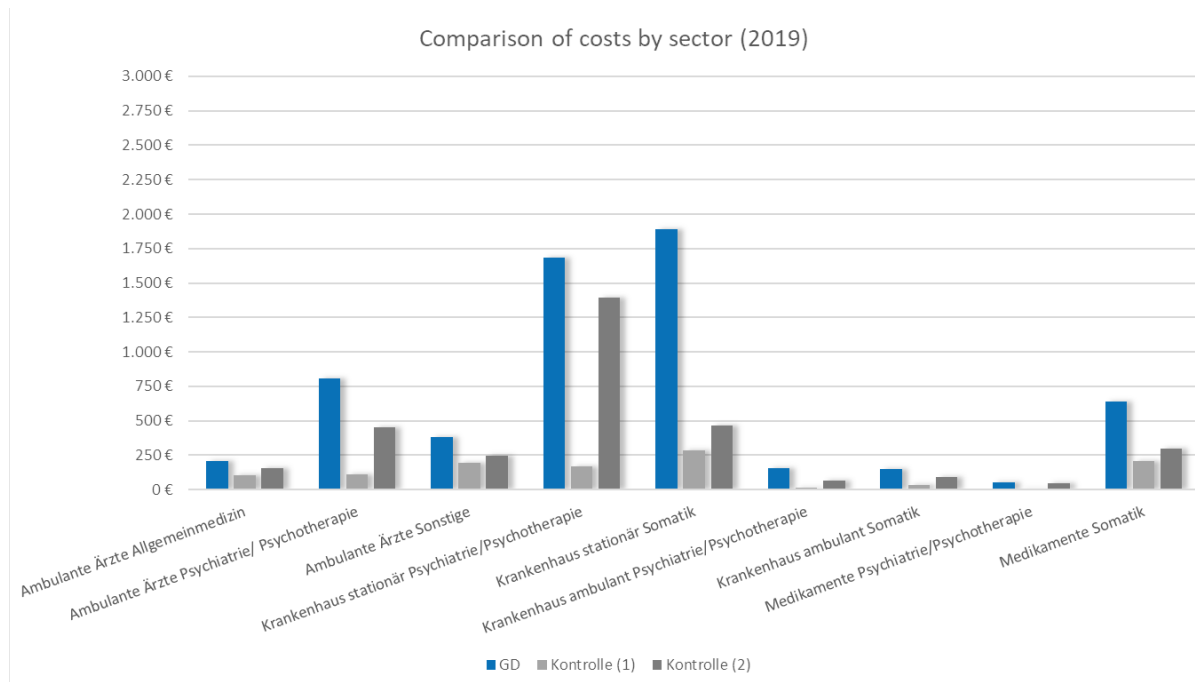


Abbildung 28: Mittlere Kosten 2019 für Personen mit prävalenter GI/GD (n = 3479) vs. Kontrollen (n = 97 268) nach Kostenbereichen.

Anmerkung. Kontrolle (1) = balanciert für Alter, bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht und Art des Bezirks; Kontrolle (2) = balanciert für Alter, bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht, Art des Bezirks und psychiatrische Diagnosen.

Tabelle 24: Unterschiede in Kosten (nach Altersgruppe, Geschlecht und Kostensektor) und Ressourcennutzung zwischen Personen mit prävalenter GI/GD ohne Hormongabe im Jahr 2019 und Kontrollpersonen sowie 95%-Konfidenzintervalle

GI/GD (n=3,479) vs. Kontrollen (n=97,268)		
	(1)	(2)
Kosten		
Total	4,843 (4,306; 5,380)	2,753 (2,163; 3,343)
Nach Kostensektor		
Ambulante Ärzte	988 (942; 1,034)	545 (495; 596)
Allgemeinmedizin	105 (98; 111)	56 (49; 63)
Psychiatrie/ Psychotherapie	699 (657; 741)	355 (309; 401)
Sonstige	184 (169; 200)	135 (118; 151)
Krankenhaus stationär	3,122 (2,608; 3,635)	1,714 (1,152; 2,275)
Psychiatrie/ Psychotherapie	1,517 (1,248; 1,785)	291 (-52; 634)
Somatik	1,605 (1,164; 2,046)	1,423 (979; 1,867)
Krankenhaus ambulant	264 (239; 290)	152 (124; 180)
Psychiatrie/ Psychotherapie	147 (129; 166)	91 (71; 111)
Somatik	117 (100; 134)	61 (42; 81)
Medikamente	469 (343; 596)	342 (208; 476)
Psychiatrie/ Psychotherapie	41 (34; 48)	4 (-5; 14)
Somatik	428 (303; 554)	338 (205; 471)
Leistungsanspruchnahme		
Krankenhaustage	6.2 (5.4; 7.0)	2.2 (1.2; 3.1)
Psychiatrie/ Psychotherapie	4.3 (3.6; 5.0)	0.7 (-0.2; 1.5)
Somatik	1.9 (1.6; 2.2)	1.5 (1.2; 1.9)
DDD	342 (326; 358)	256 (238; 273)
Psychiatrie/ Psychotherapie	61 (54; 67)	9 (1; 17)
Somatik	281 (267; 295)	246 (231; 262)

Anmerkung: (1)=Balanciert nach Alter, Geburtsgeschlecht, Kreistyp; (2)= Balanciert nach Alter, Geburtsgeschlecht, Kreistyp und psychiatrische Diagnosen.

4.2.2 Welche Mehrkosten in der Versorgung entstanden im Jahr 2019 für 4- bis 30-jährige Versicherten mit prävalenten F64-/F66-Diagnosen und spezifischer Hormonbehandlung und wie haben sich diese entwickelt?

Von den Versicherten mit prävalenter GI/GD-Diagnose erhielten mehr als 50% im jeweiligen Jahr auch eine Hormontherapie: $n = 1570$ im Jahr 2018, $n = 2031$ im Jahr 2019 und $n = 2567$ im Jahr 2020 (siehe Tabelle 25 und 26). Die Ergebnisse der prävalenten Analysen mit Hormontherapie zeigen ein ähnliches Bild, wie die der prävalenten Analysen ohne Hormontherapie (siehe Abbildung 29, 30 und 31). Bei einer Balancierung der Gruppen für Alter, Geburtsgeschlecht und Kreistyp war der Unterschied bei den Gesamtkosten im Jahr 2019 zwischen den prävalenten GI/GD-Fällen, die eine Hormontherapie erhielten, und den Kontrollen etwas höher (+5181 €, 95%-KI [4391 €; 5.972 €]), und der Unterschied bei den somatischen stationären Krankenhauskosten war besonders ausgeprägt (+2.614 €, 95%-KI [1872 €; 3357 €]; siehe Tabelle 27). Bei zusätzlicher Balancierung für psychiatrische Diagnosen (F-Diagnosen) wurden die Kostenunterschiede deutlich geringer; bei stationären

psychiatrischen Krankenhausaufenthalten wurde der Unterschied quasi aufgehoben (-83 €, 95%-KI [-326 €; 159 €]) (siehe Tabelle 27).

Die Kostenunterschiede über die einzelnen beobachteten Kalenderjahre liegen auf einem vergleichbaren Niveau mit denen der prävalenten Analysen ohne Hormontherapie und haben demzufolge auch einen ähnlichen zeitlichen Verlauf (siehe Abbildung 29). Für die mit Alter, Geburtsgeschlecht, und Kreistyp balancierten Analysen zeigt sich dies mit Kostenunterschieden von 4461 € in 2018, 5181 € in 2019 und 4401 € in 2020 in einem Anstieg um 600 € in 2019 und danach einem Absinken auf das Anfangsniveau. Bei den mit Alter, Geburtsgeschlecht Kreistyp und F-Diagnosen balancierten Analysen ist ein ähnlicher Verlauf zu verzeichnen. Die jeweiligen Kostenunterschiede betragen hier 3001 € in 2018, 3600 € in 2019 und 2867 € in 2020.

TRANSKIDS-CARE (01VSF20033)

Tabelle 25: Mittelwert (Varianz; Schiefe) ausgewählter Kovariaten bei Personen mit prävalenter GI/GD und Hormontherapie im Vergleich zu Kontrollpersonen, vor und nach Balancierung von Alter, bei der Geburt zugewiesenem Geschlecht und Art des Bezirks

	2018			2019			2020		
	GI/GD (n=1,570)	Kontrolle (vorher) (n=97,073)	Kontrolle (danach) (n=97,073)	GI/GD (n=2,031)	Kontrolle (vorher) (n=97,268)	Kontrolle (danach) (n=97,268)	GI/GD (n=2,567)	Kontrolle (vorher) (n=95,962)	Kontrolle (danach) (n=95,962)
Alter	23.92 (17.14; -0.45)	20.93 (39.09; -0.42)	23.92 (17.13; -0.44)	23.79 (17.23; -0.41)	21.51 (36.61; -0.47)	23.79 (17.23; -0.41)	23.79 (16.55; -0.40)	21.95 (33.74; -0.51)	23.79 (16.55; -0.40)
Weiblich (Geburts-geschlecht)	0.69 (0.21; -0.83)	0.72 (0.20; -0.99)	0.69 (0.21; -0.83)	0.69 (0.21; -0.81)	0.72 (0.20; -0.97)	0.69 (0.21; -0.81)	0.69 (0.21; -0.83)	0.71 (0.20; -0.94)	0.69 (0.21; -0.83)
Städtischer Kreis (Ref: kreisfreie Stadt)	0.34 (0.22; 0.69)	0.34 (0.22; 0.68)	0.34 (0.22; 0.69)	0.33 (0.22; 0.73)	0.34 (0.22; 0.68)	0.33 (0.22; 0.73)	0.32 (0.22; 0.79)	0.34 (0.23; 0.66)	0.32 (0.22; 0.79)
Ländlicher Kreis	0.10 (0.09; 2.73)	0.13 (0.11; 2.18)	0.10 (0.09; 2.73)	0.09 (0.08; 2.84)	0.13 (0.11; 2.19)	0.09 (0.08; 2.84)	0.10 (0.09; 2.58)	0.13 (0.11; 2.18)	0.10 (0.09; 2.58)
Dünn besiedelter ländlicher Kreis	0.07 (0.07; 3.37)	0.12 (0.11; 2.31)	0.07 (0.07; 3.37)	0.08 (0.07; 3.08)	0.12 (0.11; 2.33)	0.08 (0.07; 3.08)	0.08 (0.08; 3.01)	0.12 (0.11; 2.34)	0.08 (0.08; 3.01)

Anmerkung: GI/GD=Geschlechtsinkongruenz/ Geschlechtsdysphorie; Ref.=Referenzgruppe

TRANSKIDS-CARE (01VSF20033)

Tabelle 26: Mittelwert (Varianz; Schiefe) ausgewählter Kovariaten bei Personen mit prävalenter GI/GD und Hormontherapie im Vergleich zu Kontrollpersonen, vor und nach Balancierung des Alters, des bei der Geburt zugewiesenen Geschlechts, der Art des Bezirks und der

	2018			2019			2020		
	GI/GD (n=1,570)	Kontrolle (vorher) (n=97,073)	Kontrolle (danach) (n=97,073)	GI/GD (n=2,031)	Kontrolle (vorher) (n=97,268)	Kontrolle (danach) (n=97,268)	GI/GD (n=2,567)	Kontrolle (vorher) (n=95,962)	Kontrolle (danach) (n=95,962)
Alter	23.92 (17.14; -0.45)	20.93 (39.09; -0.42)	23.92 (17.13; -0.44)	23.79 (17.23; -0.41)	21.51 (36.61; -0.47)	23.79 (17.23; -0.41)	23.79 (16.55; -0.40)	21.95 (33.74; -0.51)	23.79 (16.55; -0.40)
Weiblich (Geburts-geschlecht)	0.69 (0.21; -0.83)	0.72 (0.20; -0.99)	0.69 (0.21; -0.83)	0.69 (0.21; -0.81)	0.72 (0.20; -0.97)	0.69 (0.21; -0.81)	0.69 (0.21; -0.83)	0.71 (0.20; -0.94)	0.69 (0.21; -0.83)
Städtischer Kreis (Ref. kreisfreie Stadt)	0.34 (0.22; 0.69)	0.34 (0.22; 0.68)	0.34 (0.22; 0.69)	0.33 (0.22; 0.73)	0.34 (0.22; 0.68)	0.33 (0.22; 0.73)	0.32 (0.22; 0.79)	0.34 (0.23; 0.66)	0.32 (0.22; 0.79)
Ländlicher Kreis	0.10 (0.09; 2.73)	0.13 (0.11; 2.18)	0.10 (0.09; 2.73)	0.09 (0.08; 2.84)	0.13 (0.11; 2.19)	0.09 (0.08; 2.84)	0.10 (0.09; 2.58)	0.13 (0.11; 2.18)	0.10 (0.09; 2.58)
Dünn besiedelter ländlicher Kreis	0.07 (0.07; 3.37)	0.12 (0.11; 2.31)	0.07 (0.07; 3.37)	0.08 (0.07; 3.08)	0.12 (0.11; 2.33)	0.08 (0.07; 3.08)	0.08 (0.08; 3.01)	0.12 (0.11; 2.34)	0.08 (0.08; 3.01)
Psychische Störungen und Verhaltensstörungen aufgrund des Konsums psychoaktiver Substanzen (F10-F19)	0.09 (0.08; 2.82)	0.03 (0.03; 5.27)	0.09 (0.08; 2.82)	0.09 (0.08; 2.96)	0.04 (0.03; 5.02)	0.09 (0.08; 2.96)	0.09 (0.08; 2.87)	0.03 (0.03; 5.28)	0.09 (0.08; 2.87)
Affektive Störungen (F30-F39)	0.43 (0.25; 0.26)	0.08 (0.08; 3.00)	0.43 (0.25; 0.26)	0.44 (0.25; 0.23)	0.09 (0.08; 2.84)	0.44 (0.25; 0.23)	0.46 (0.25; 0.17)	0.10 (0.09; 2.75)	0.46 (0.25; 0.17)
Reaktion auf schweren Stress und Anpassungsstörungen (F43)	0.26 (0.19; 1.07)	0.08 (0.07; 3.18)	0.26 (0.19; 1.07)	0.26 (0.19; 1.08)	0.08 (0.08; 3.03)	0.26 (0.19; 1.08)	0.25 (0.19; 1.14)	0.08 (0.08; 3.03)	0.25 (0.19; 1.14)
Somatoforme Störungen (F45)	0.12 (0.11; 2.28)	0.07 (0.06; 3.38)	0.12 (0.11; 2.28)	0.14 (0.12; 2.13)	0.07 (0.06; 3.38)	0.14 (0.12; 2.13)	0.13 (0.11; 2.24)	0.07 (0.06; 3.43)	0.13 (0.11; 2.23)
Phobische Angststörungen (F40)	0.08 (0.07; 3.14)	0.02 (0.02; 7.38)	0.08 (0.07; 3.14)	0.09 (0.08; 2.88)	0.02 (0.02; 7.09)	0.09 (0.08; 2.88)	0.10 (0.09; 2.72)	0.02 (0.02; 6.85)	0.10 (0.09; 2.72)
Sonstige Angststörungen (F41)	0.14 (0.12; 2.13)	0.04 (0.04; 4.60)	0.14 (0.12; 2.13)	0.14 (0.12; 2.06)	0.04 (0.04; 4.39)	0.14 (0.12; 2.06)	0.14 (0.12; 2.06)	0.05 (0.05; 4.15)	0.14 (0.12; 2.06)
Sonstige neurotische Störungen (F48)	0.04 (0.04; 4.53)	0.02 (0.02; 6.56)	0.04 (0.04; 4.52)	0.04 (0.04; 4.84)	0.02 (0.02; 6.44)	0.04 (0.04; 4.84)	0.04 (0.04; 4.91)	0.02 (0.02; 6.77)	0.04 (0.04; 4.90)
Essstörungen (F50)	0.03 (0.03; 5.45)	0.01 (0.01; 9.05)	0.03 (0.03; 5.45)	0.03 (0.03; 5.36)	0.01 (0.01; 8.82)	0.03 (0.03; 5.36)	0.03 (0.03; 5.59)	0.01 (0.01; 8.51)	0.03 (0.03; 5.59)
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Typ Borderline (F60.31)	0.07 (0.06; 3.45)	0.01 (0.01; 10.66)	0.07 (0.06; 3.45)	0.07 (0.07; 3.23)	0.01 (0.01; 10.04)	0.07 (0.07; 3.23)	0.08 (0.07; 3.08)	0.01 (0.01; 9.76)	0.08 (0.07; 3.08)
Hyperkinetische Störungen (F90)	0.04 (0.04; 4.41)	0.02 (0.02; 6.17)	0.04 (0.04; 4.41)	0.05 (0.05; 4.01)	0.02 (0.02; 6.17)	0.05 (0.05; 4.00)	0.06 (0.06; 3.74)	0.03 (0.02; 6.08)	0.06 (0.06; 3.74)
Sonstige emotionale Störungen in der Kindheit (F93.8)	0.02 (0.02; 7.58)	0.01 (0.01; 10.69)	0.02 (0.02; 7.58)	0.01 (0.01; 8.50)	0.01 (0.01; 10.57)	0.01 (0.01; 8.50)	0.01 (0.01; 8.04)	0.01 (0.01; 10.52)	0.01 (0.01; 8.03)
Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Regel im Kindes- und Jugendalter (F98)	0.02 (0.02; 7.15)	0.02 (0.02; 7.65)	0.02 (0.02; 7.15)	0.02 (0.02; 7.31)	0.01 (0.01; 8.30)	0.02 (0.02; 7.31)	0.01 (0.01; 8.27)	0.01 (0.01; 8.61)	0.01 (0.01; 8.27)
Emotionale Störungen mit spezifischem Beginn in der Kindheit (F93)	0.01 (0.01; 11.31)	0.01 (0.01; 10.67)	0.01 (0.01; 11.30)	0.01 (0.01; 11.13)	0.01 (0.01; 11.09)	0.01 (0.01; 11.13)	0.01 (0.01; 10.66)	0.01 (0.01; 11.56)	0.01 (0.01; 10.66)
Akute und vorübergehende psychotische Störungen (F23)	0.00 (0.00; 39.59)	0.00 (0.00; 33.77)	0.00 (0.00; 39.58)	0.00 (0.00; 20.08)	0.00 (0.00; 34.44)	0.00 (0.00; 20.08)	0.00 (0.00; 19.07)	0.00 (0.00; 32.16)	0.00 (0.00; 19.07)
Dissoziative [Konversions-]störungen (F44)	0.02 (0.02; 7.43)	0.00 (0.00; 20.30)	0.02 (0.02; 7.43)	0.02 (0.02; 7.01)	0.00 (0.00; 19.80)	0.02 (0.02; 7.01)	0.02 (0.02; 7.19)	0.00 (0.00; 19.51)	0.02 (0.02; 7.19)
Verhaltensstörungen (F91)	0.01 (0.01; 13.09)	0.01 (0.01; 11.86)	0.01 (0.01; 13.09)	0.01 (0.01; 12.38)	0.01 (0.01; 11.77)	0.01 (0.01; 12.38)	0.01 (0.01; 11.49)	0.01 (0.01; 12.43)	0.01 (0.01; 11.49)
Gemischte Störungen des Verhaltens und der Emotionen (F92)	0.01 (0.01; 12.41)	0.00 (0.00; 14.73)	0.01 (0.01; 12.41)	0.01 (0.01; 10.48)	0.00 (0.00; 14.98)	0.01 (0.01; 10.48)	0.01 (0.01; 11.82)	0.00 (0.00; 15.19)	0.01 (0.01; 11.81)

Anmerkung: GI/GD=Geschlecht sinkongruenz/ Geschlecht.sdy.sporie; Ref.=Referenzgruppe

TRANSKIDS-CARE (01VSF20033)

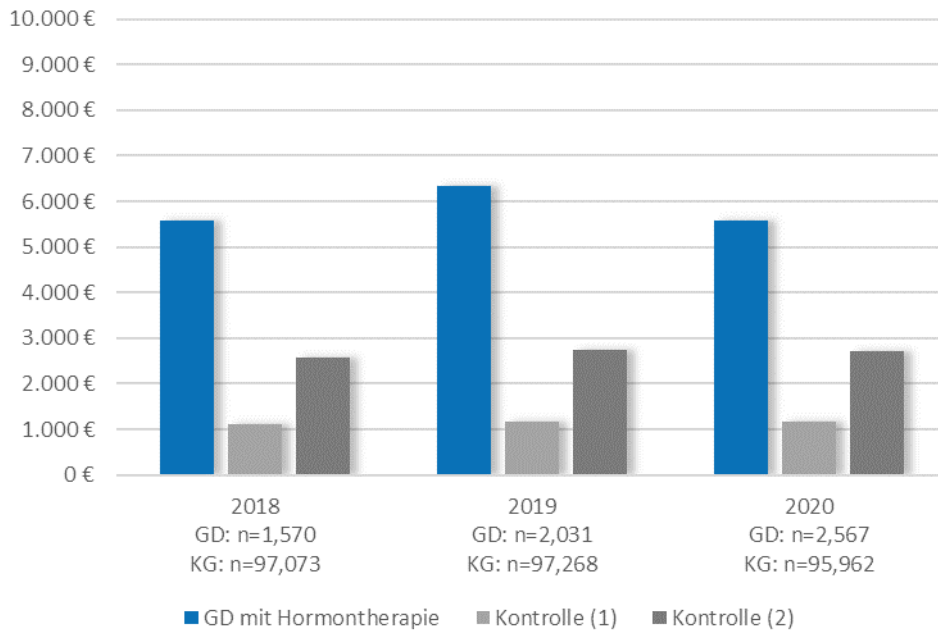


Abbildung 29: Mittlere Gesamtkosten für Personen mit prävalenter GI/GD, die eine Hormontherapie erhalten, im Vergleich zu den Kontrollen nach Jahr.

Anmerkung. Kontrolle (1) = balanciert für Alter, bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht und Art des Bezirks; Kontrolle (2) = balanciert für Alter, bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht, Art des Bezirks und psychiatrische Diagnosen

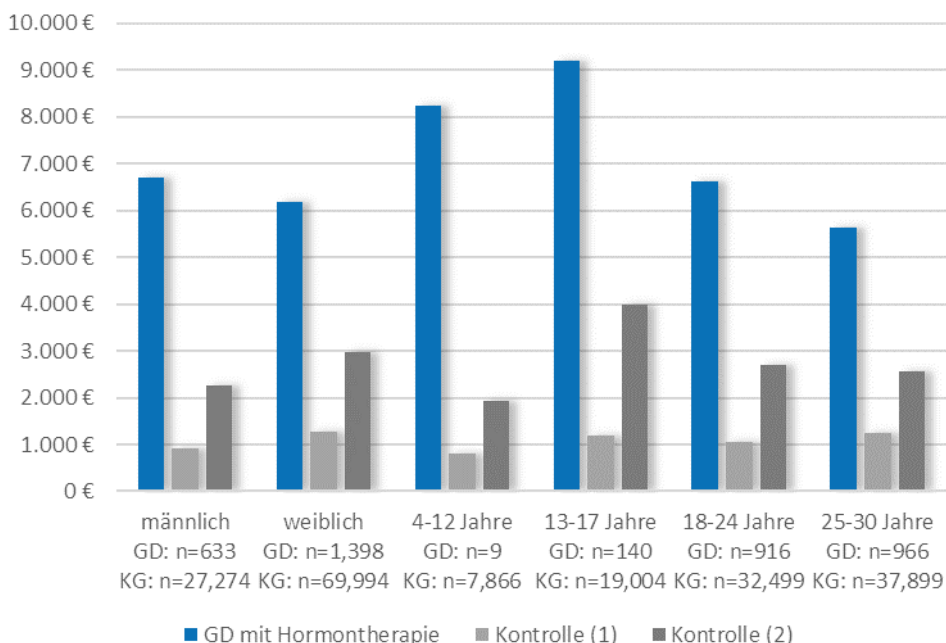


Abbildung 30: Mittlere Gesamtkosten 2019 für Personen mit prävalenter GI/GD und Hormontherapie im Vergleich zu Kontrollen nach dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht und den Altersgruppen.

Anmerkung. Kontrolle (1) = balanciert für Alter, bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht, Art des Bezirks und psychiatrische Diagnosen.

TRANSKIDS-CARE (01VSF20033)

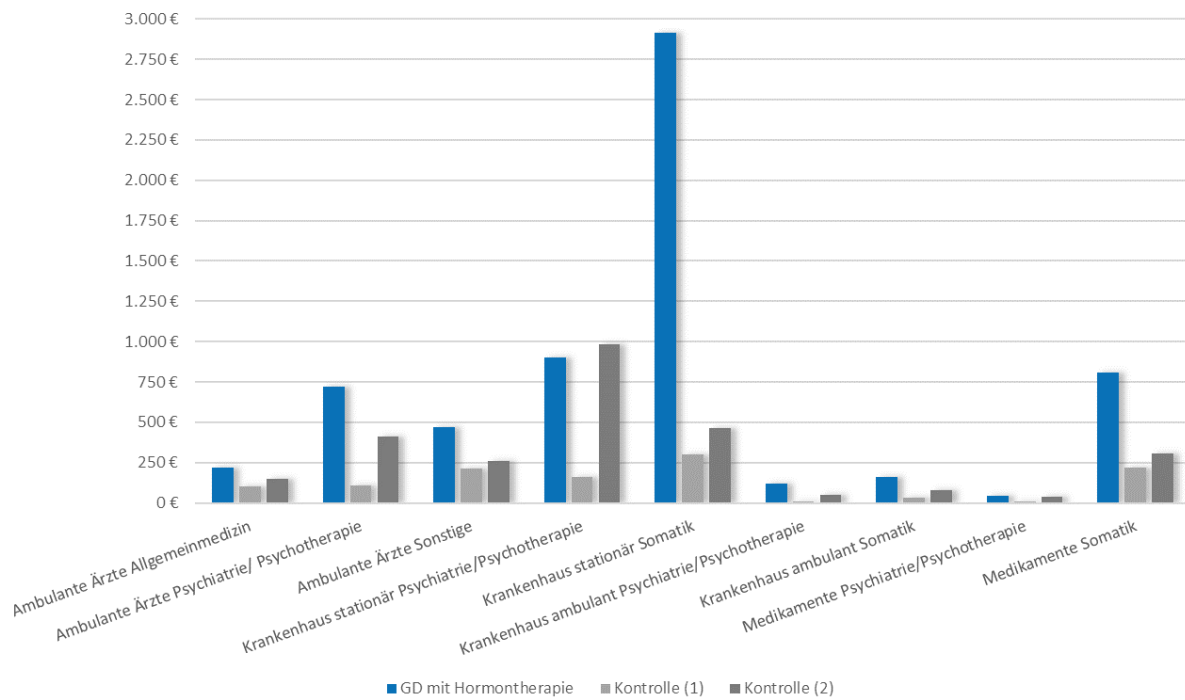


Abbildung 31: Mittlere Kosten 2019 für Personen mit prävalenter GI/GD und Hormontherapie (n = 2031) vs. Kontrollen (n = 97 268) nach Kostensektoren.

Anmerkung. Kontrolle (1) = balanciert für Alter, bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht und Art des Bezirks; Kontrolle (2) = balanciert für Alter, bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht, Art des Bezirks und psychiatrische Diagnosen.

Tabelle 27: Unterschiede in Kosten (nach Altersgruppe, Geschlecht und Kostensektor) und Ressourcennutzung zwischen Personen mit prävalenter GI/GD mit Hormongabe im Jahr 2019 und Kontrollpersonen sowie 95% Konfidenzintervalle

	GI/GD mit Hormontherapie (n=2,031) vs. Kontrollen (n=97,268)	
	(1)	(2)
Kosten		
Total	5,181 (4,391; 5,972)	3,600 (2,796; 4,405)
Nach Kostensektor		
Ambulante Ärzte	978 (920; 1,036)	588 (526; 649)
Allgemeinmedizin	111 (103; 119)	67 (59; 75)
Psychiatrie/ Psychotherapie	611 (561; 662)	311 (257; 365)
Sonstige	255 (233; 277)	210 (187; 232)
Krankenhaus stationär	3,351 (2,581; 4,120)	2,367 (1,586; 3,147)
Psychiatrie/ Psychotherapie	736 (520; 952)	-83 (-326; 159)
Somatik	2,614 (1,872; 3,357)	2,450 (1,705; 3,194)
Krankenhaus ambulant	232 (201; 263)	145 (113; 177)
Psychiatrie/ Psychotherapie	108 (86; 131)	67 (45; 90)
Somatik	124 (103; 145)	78 (56; 100)
Medikamente	621 (493; 749)	501 (365; 637)
Psychiatrie/ Psychotherapie	33 (26; 39)	2 (-6; 10)
Somatik	588 (461; 716)	499 (364; 635)
Leistungsinanspruchnahme		
Krankenhaustage	5.4 (4.5; 6.2)	2.2 (1.3; 3.1)
Psychiatrie/ Psychotherapie	2.4 (1.7; 3.1)	-0.4 (-1.2; 0.4)
Somatik	2.9 (2.4; 3.4)	2.6 (2.2; 3.1)
DDD	502 (480; 523)	419 (397; 442)
Psychiatrie/ Psychotherapie	59 (50; 67)	9 (-1; 18)
Somatik	443 (424; 462)	411 (392; 430)

Anmerkung: (1)=Balanciert nach Alter, Geburtsgeschlecht, Kreistyp; (2)= Balanciert nach Alter, Geburtsgeschlecht, Kreistyp und psychiatrische Diagnosen.

4.2.3 Welche Mehrkosten in der Versorgung entstanden für 4- bis 30-jährige Versicherte mit inzidenter F64-/F66-Diagnosen und wie haben sich diese entwickelt?

Die Balancierung der Stichprobe für die Analyse der Versicherten mit inzidenter F64-/F66-Diagnosen im Kalenderjahr 2019 ist gelungen und umfasste im Baseline-Jahr (2018) und im Jahr der Inzidenz (2019) insgesamt 89 433 Versicherte – 1215 Versicherte in der GI/GD-Gruppe und 88 218 in der Kontrollgruppe (siehe Tabelle 2).

Tabelle 28: Mittelwert, Varianz und Schiefe bei Personen mit inzidenter GI/GD im Vergleich zu Kontrollen, vor und nach der Balancierung

Variable	GI/GD N=1.215			Kontrolle vorher N=88.218			Kontrolle danach N=88.218		
	MW	Varianz	Schiefe	MW	Varianz	Schiefe	MW	Varianz	Schiefe
Weiblich Geburtsgeschlecht	0,651	0,2274	-0,6337	0,722	0,2007	-0,991	0,6509	0,2272	-0,633
Alter	18,7	31,24	0,005947	20,62	37,13	-0,4467	18,7	31,24	0,07266
Familienangehöriger (Ref. Mitglied)	0,5885	0,2424	-0,3596	0,4052	0,241	0,3861	0,5883	0,2422	-0,359
Rentner	0,01811	0,01779	7,228	0,01162	0,01148	9,115	0,01811	0,01778	7,227
Städtischer Kreis (Ref: kreisfreie Stadt)	0,3111	0,2145	0,816	0,342	0,225	0,6663	0,3111	0,2143	0,8161
Ländlicher Kreis	0,1588	0,1337	1,867	0,1312	0,114	2,184	0,1589	0,1336	1,866
Dünn besiedelter ländlicher Kreis	0,1259	0,1102	2,255	0,121	0,1064	2,324	0,1259	0,1101	2,255
Elixhauser Score amb. KH	-0,2329	1,386	-2,389	-0,01646	0,4242	1,495	-0,2329	1,386	-0,1735
Elixhauser Score amb. Arzt	-0,5399	8,557	0,9784	0,1473	5,031	1,421	-0,5398	8,555	0,6655
Elixhauser Score stat. KH	-0,1309	2,152	3,112	0,01904	0,7978	6,439	-0,1308	2,151	2,528
Psychische Störungen und Verhaltensstörungen aufgrund des Konsums psychoaktiver Substanzen (F10-F19)	0,04609	0,044	4,33	0,03169	0,03069	5,346	0,0461	0,04397	4,329
Affektive Störungen (F30-F39)	0,3095	0,2139	0,8243	0,07417	0,06867	3,25	0,3095	0,2137	0,8244
Reaktion auf schweren Stress und Anpassungsstörungen (F43)	0,1992	0,1596	1,506	0,07165	0,06652	3,322	0,1992	0,1595	1,506
Somatoforme Störungen (F45)	0,1021	0,09172	2,629	0,06747	0,06292	3,449	0,1021	0,0917	2,628
Phobische Angststörungen (F40)	0,07737	0,07144	3,164	0,01536	0,01512	7,882	0,07738	0,07139	3,163
Sonstige Angststörungen (F41)	0,09136	0,08308	2,837	0,03835	0,03688	4,808	0,09137	0,08302	2,836
Sonstige neurotische Störungen (F48)	0,03292	0,03186	5,235	0,02093	0,02049	6,694	0,03293	0,03184	5,235
Esstörungen (F50)	0,02634	0,02566	5,916	0,01137	0,01124	9,218	0,02634	0,02565	5,915
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Typ Borderline (F60.31)	0,03786	0,03646	4,843	0,007062	0,007012	11,77	0,03787	0,03643	4,842
Hyperkinetische Störungen (F90)	0,07984	0,07352	3,1	0,02329	0,02275	6,321	0,07985	0,07347	3,1
Sonstige emotionale Störungen in der Kindheit (F93.8)	0,0321	0,03109	5,309	0,007232	0,00718	11,63	0,0321	0,03107	5,309
Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Regel im Kindes- und Jugendalter (F98)	0,05514	0,05215	3,898	0,01528	0,01505	7,903	0,05515	0,05211	3,897
Emotionale Störungen mit spezifischem Beginn in der Kindheit (F93)	0,0428	0,041	4,518	0,007776	0,007716	11,21	0,04281	0,04097	4,517
Akute und vorübergehende psychotische Störungen (F23)	0,003292	0,003284	17,34	0,0007935	0,0007929	35,46	0,003293	0,003282	17,34
Dissoziative [Konversions-]Störungen (F44)	0,01481	0,01461	8,032	0,001984	0,00198	22,39	0,01482	0,0146	8,031
Verhaltensstörungen (F91)	0,03292	0,03186	5,235	0,006133	0,006095	12,65	0,03293	0,03184	5,235
Gemischte Störungen des Verhaltens und der Emotionen (F92)	0,02551	0,02488	6,018	0,003729	0,003716	16,28	0,02552	0,02487	6,018
Amb. Kosten allgemein	158,1	23883	2,236	105,7	14726	5,741	158	23878	2,614
Amb. Kosten psychiatrisch	519,7	968720	2,739	89,99	216793	8,319	519,6	968516	2,096
Amb. Kosten somatisch	218,5	106459	3,817	192,8	225535	113	218,5	106437	27,76
Stat. Kosten psychiatrisch	1351	1,03e+08	18,67	145,2	5756765	48,43	1351	1,03e+08	22,87
Stat. Kosten somatisch	325,8	4669332	23,35	255,5	4912716	83,68	325,7	4668367	42,53
Stat, Tage psychiatrisch	3,309	329,9	7,689	0,4812	49,39	31,61	3,309	329,9	16,98
Stat. Tage somatisch	0,5276	11,22	17,2	0,369	6,273	29,39	0,5275	11,21	15,59
Amb. KH psychiatrisch	133,8	180757	4,616	10,43	12976	20,05	133,8	180720	4,058
Amb KH somatisch	97,15	168108	7,647	31,54	50984	14,91	97,13	168074	7,819
Medikosten psychiatrisch	36,25	23167	6,41	8,956	8812	28,26	36,24	23162	8,657
Medikosten somatisch	339,8	2932834	11,35	203	1,16e+07	78,8	339,7	2932519	8,926
DDD psychiatrisch	44,58	24401	6,216	10,45	5423	11,9	44,58	24396	7,268
DDD somatisch	164,2	87710	2,907	105,8	62756	10,29	164,1	87692	7,049

Die letzte, mit „Konstante“ beschriftete Spalte der Tabelle 29 beinhaltet die Höhe der Kosten im jeweiligen Sektor in der Kontrollgruppe zur Baseline. Im Falle der Gesamtkosten betragen diese 3180 €. In der ersten Spalte der Tabelle 29 (GI/GD-Gruppe) ist jeweils der Unterschied zwischen den Studiengruppen zur Baseline dargestellt. Für die Gesamtkosten hat dieser Koeffizient einen Wert von 0.65 €. In allen Kostensektoren beträgt diese Differenz praktisch Null und ist damit ein Beleg der gelungenen Balancierung. Aus den folgenden Spalten mit den Bezeichnungen Kalenderjahr 2019/2020 lässt sich die Veränderung der Kosten über die Zeit in der Kontrollgruppe ablesen. Im Kalenderjahr 2019 sind die Gesamtkosten somit gegenüber dem Baselinewert (Konstante) um 7.5 € gestiegen und im Kalenderjahr 2020 um 390 € zurückgegangen. Die relevantesten Kenngrößen sind die gemessenen Mehrkosten bezeichnenden Koeffizienten in den Spalten GI/GD-Gruppe#2019 und GI/GD-Gruppe#2020. Diese beinhalten die Diff-in-Diff-Koeffizienten und geben den relativen Unterschied (bereinigt um die Differenz zur Baseline) zwischen den Studiengruppen zum jeweiligen Zeitpunkt wieder. So sind die Gesamtkosten der GI/GD-Gruppe im Inzidenzjahr 2019 beispielsweise um 3286 € stärker angestiegen (Mehrkosten), als die der Kontrollgruppe und lägen somit absolut bei einem Wert von 6473.61 € ($3179.72 + 0.65 + 7.51 + 3285.73$). Die Mehrkosten im darauffolgenden Kalenderjahr 2020 (siehe Tabelle 29) betragen 2400 €. Es gibt also ein relatives Absinken der Gesamtkosten in der GI/GD-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe um knapp 890 € im zweiten Jahr nach der Inzidenz. Von den Mehrkosten geht in 2019 der Hauptanteil mit 2312 € auf stationäre Krankenhauskosten zurück, in 2020 liegt der Anteil bei 1107 € (siehe Tabelle 29). Auch hier gibt es einen relativen Rückgang der Kosten um 1200 €. Der größte Teil der relativen Mehrkosten geht auf die psychiatrischen stationären Kosten zurück: 1574 € in 2019 bzw. 718 € in 2020. Auf die somatischen stationären Kosten entfallen Mehrkosten von 737 € in 2019 bzw. 386 € in 2020. In 2019 hat die GI/GD-Gruppe 4.7 mehr stationäre Tage als die Kontrollgruppe. Dieser Unterschied verringert sich in 2020 auf 2.8 zusätzliche stationäre Tage. Davon gehen 3.8 Tage in 2019 und 2.1 Tage in 2020 auf psychiatrische stationäre Krankenhaustage zurück. Die Unterschiede bzgl. der somatischen stationären Krankenhaustage sind mit 0.8 (2019) bzw. 0.7 (2020) weniger ausgeprägt. Analog zu den Kosten, ist bei den Krankenhaustagen ebenfalls ein relativer Rückgang von 2019 auf 2020 zu beobachten.

Bei den ambulanten Kosten gibt es in der GI/GD-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe um 666 € höhere Kosten in 2019 und um 731 € in 2020 und damit einen leichten Anstieg der Kostenunterschiede (siehe Tabelle 29). Die Unterschiede sind am stärksten ausgeprägt bei den ambulanten psychiatrischen Kosten mit 506 € in 2019 bzw. 603 € in 2020.

Bei den ambulanten Krankenhauskosten gibt es in der GI/GD-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe höhere Kosten von 157 € in 2019 und 213 € in 2020 (siehe Tabelle 29). Auch hier ist damit ein leichter Anstieg der Kostenunterschiede zu beobachten. Die Kostenunterschiede gehen mit nahezu gleichen Anteilen auf die psychiatrisch-ambulanten (97 € in 2019 und 119 € in 2020) Krankenhauskosten und somatisch-ambulanten Krankenhauskosten (61 € in 2019 und 94 € in 2020) zurück.

Bei den Medikamentenkosten gibt es in der GI/GD-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe Kostenunterschiede von 149 € in 2019 und 342 € in 2020 und damit ein relatives Ansteigen der Kosten in der GI/GD-Gruppe um fast 200 € (siehe Tabelle 29). Diese Kostenunterschiede sind fast ausschließlich durch somatische bedingte Medikation verursacht (145 € in 2019 und 331 € in 2020) und steigen um fast 200 € an. Bei den Daily Defined Doses (DDD) weist die GI/GD-Gruppe in 2019 im Schnitt 93 Einheiten mehr auf als die Kontrollgruppe und in 2020

TRANSKIDS-CARE (01VSF20033)

177 Einheiten. Auch hierbei geht der überwiegende Anteil auf die somatisch indizierte Medikation zurück (82 Einheiten in 2019 und 162 Einheiten in 2020).

TRANSKIDS-CARE (01VSF20033)

Tabelle 29: Balancierte Random-Effects-Regressionsmodelle zur Berechnung der Mehrkosten von Personen mit inzidenter GI/GD im Vergleich zu den Kontrollen für alle Kostensektoren, n = 89 433 (GI/GD: n = 1215; KG: n = 88 218; Beobachtungen: n = 262 599)

	GI/GD-Gruppe	Kalenderjahr 2019	Kalenderjahr 2020	GI/GD-Gruppe#2019	GI/GD-Gruppe#2020	Konstante
Kosten						
Total	0,65 (467,81)	7,51 (434,98)	-390,37 (492,76)	3285,73*** (833,67)	2399,87*** (609,12)	3179,72*** (348,25)
Nach Kostensektor						
Ambulante Ärzte	0,19 (44,55)	8,68 (30,61)	-11,04 (66,7)	666,44*** (48,94)	731,08*** (83,94)	896,10*** (31,18)
Allgemeinmedizin	0,03 (6,37)	-5,63 (4,58)	-14,53*** (3,03)	46,74*** (6,97)	51,41*** (6,56)	158,03*** (4,58)
Psychiatrie/ Psychotherapie	0,11 (37,96)	-12,28 (33,88)	-61,77 (44,24)	505,68*** (47,64)	603,55*** (64,06)	519,60*** (25,38)
Sonstige	0,05 (15,37)	26,59*** (8,18)	64,51** (28,23)	114,01*** (15,96)	75,85** (31,62)	218,46*** (12,20)
Krankenhaus ambulant	0,05 (27,01)	-42,28* (21,85)	-96,94*** (25,32)	157,66*** (29,67)	213,58*** (37,1)	230,89*** (20,87)
Psychiatrie/ Psychotherapie	0,03 (22,83)	-30,83* (17,87)	-67,43*** (24,23)	96,71*** (23,13)	119,37*** (31,25)	133,75*** (19,31)
Somatik	0,02 (15,12)	-11,45 (8,17)	-29,41*** (9,64)	60,96*** (15,84)	94,28*** (20,26)	97,13*** (9,51)
Krankenhaus stationär	0,35 (454,15)	67,97 (436,37)	-215,96 (496,6)	2311,69*** (836,95)	1107,15* (607,53)	1676,80*** (340,17)
Psychiatrie/ Psychotherapie	0,28 (443,07)	-320,46 (343,9)	-685,61** (330,56)	1574,38*** (513,46)	718,86 (460,06)	1351,07*** (333,91)
Somatik	0,07 (76,75)	388,44 (260,54)	467,92 (363,33)	737,31 (659,06)	386,97 (391,92)	325,73*** (45,29)
Medikamente	0,07 (82,64)	-26,87 (48,67)	-59,08 (50,41)	149,94*** (54,84)	341,88*** (79,36)	375,94*** (66,30)
Psychiatrie/ Psychotherapie	0,01 (6,23)	6,98* (3,78)	5,26 (3,30)	4,93 (6,29)	10,08 (7,53)	36,24*** (4,44)
Somatik	0,06 (82,54)	-33,85 (48,5)	-64,31 (49,82)	145,01*** (54,47)	331,73*** (78,71)	339,70*** (66,34)
Leistungsanspruchnahme						
Krankenhaustage	0,00 (0,77)	-0,26 (0,67)	-1,49** (0,58)	4,65*** (1,09)	2,81*** (0,93)	3,84*** (0,55)
Psychiatrie/ Psychotherapie	0,00 (0,75)	-0,34 (0,66)	-1,64*** (0,49)	3,84*** (1,05)	2,06** (0,83)	3,31*** (0,54)
Somatik	0,00 (0,12)	0,08 (0,07)	0,16 (0,29)	0,81** (0,32)	0,74* (0,39)	0,53*** (0,08)
DDD	0,04 (13,74)	13,43** (5,96)	14,71** (7,37)	92,85*** (10,72)	177,01*** (14,62)	208,70*** (9,64)
Psychiatrie/ Psychotherapie	0,01 (5,68)	5,68 (3,70)	15,09** (6,16)	10,86** (5,49)	14,50* (8,57)	44,58*** (3,50)
Somatik	0,03 (12,41)	7,75 (4,86)	-0,34 (5,66)	81,99*** (9,28)	162,31*** (12,41)	164,12*** (9,05)

4.2.4 Welche Mehrkosten in der Versorgung entstanden für 4- bis 30-jährige Versicherte mit prävalenter F64-/F66-Diagnosen und inzidenter spezifischer Hormonbehandlung und wie haben sich diese entwickelt?

Die Balancierung der Stichprobe zur Analyse der Versicherten mit prävalenter GI/GD und inzidenter spezifischer Hormonbehandlung im Kalenderjahr 2019 ist gelungen und umfasste im Baseline-Jahr (2018) und im Inzidenzjahr (2019) insgesamt 1494 Versicherte. Davon waren 427 Versicherte in der GI/GD-Gruppe mit inzidenter spezifischer Hormonbehandlung und 1067 in der Kontrollgruppe mit prävalente GI/GD ohne inzidente Hormonbehandlung (siehe Tabelle 30).

TRANSKIDS-CARE (01VSF20033)

Tabelle 30: Mittelwert, Varianz und Schiefe bei Personen mit prävalenter GI/GD und inzidenter Hormontherapie im Vergleich zu Kontrollen mit prävalenter GI/GD, vor und nach der Balancierung

Variable	GI/GD N=427			Kontrolle vorher N=1.067			Kontrolle danach N=1.067		
	MW	Varianz	Schiefe	MW	Varianz	Schiefe	MW	Varianz	Schiefe
Weiblich Geburtsgeschlecht	0,6464	0,2291	-0,6123	0,6223	0,2353	-0,5045	0,6464	0,2288	-0,6123
Alter	20,92	20,25	-0,07506	17,69	37,37	0,07045	20,92	34,08	-0,3406
Familienangehöriger (Ref. Mitglied)	0,4473	0,2478	0,212	0,6317	0,2329	-0,546	0,4473	0,2475	0,212
Rentner	0,02576	0,02516	5,987	0,02249	0,02201	6,441	0,02576	0,02512	5,987
Städtischer Kreis (Ref: kreisfreie Stadt)	0,3419	0,2255	0,6665	0,2709	0,1977	1,031	0,3419	0,2252	0,6665
Ländlicher Kreis	0,09602	0,087	2,742	0,1949	0,1571	1,54	0,09602	0,08688	2,742
Dünn besiedelter ländlicher Kreis	0,1124	0,1	2,454	0,1659	0,1385	1,796	0,1124	0,09987	2,454
Elixhauser Score amb. KH	-0,3536	1,511	-3,814	-0,2933	1,493	-2,138	-0,3536	1,399	-3,144
Elixhauser Score amb. Arzt	-1,019	10,03	2,054	-0,5933	10,51	0,9999	-1,019	10,01	0,6225
Elixhauser Score stat. KH	-0,37	2,745	-2,676	-0,1884	3,245	4,203	-0,37	2,02	-2,051
Psychische Störungen und Verhaltensstörungen aufgrund des Konsums psychoaktiver Substanzen (F10-F19)	0,06323	0,05937	3,589	0,0553	0,05229	3,891	0,06323	0,05929	3,589
Affektive Störungen (F30-F39)	0,4379	0,2467	0,2502	0,3168	0,2166	0,7877	0,4379	0,2464	0,2502
Reaktion auf schweren Stress und Anpassungsstörungen (F43)	0,3021	0,2113	0,862	0,2221	0,1729	1,337	0,3021	0,211	0,862
Somatiforme Störungen (F45)	0,1405	0,1211	2,069	0,1134	0,1006	2,438	0,1405	0,1209	2,069
Phobische Angststörungen (F40)	0,1171	0,1036	2,382	0,07873	0,0726	3,129	0,1171	0,1035	2,382
Sonstige Angststörungen (F41)	0,1429	0,1227	2,041	0,1143	0,1014	2,424	0,1429	0,1226	2,041
Sonstige neurotische Störungen (F48)	0,03513	0,03397	5,05	0,03843	0,03698	4,803	0,03513	0,03393	5,05
Essstörungen (F50)	0,02108	0,02068	6,668	0,03749	0,03612	4,87	0,02108	0,02065	6,668
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Typ Borderline (F60.31)	0,07026	0,06547	3,363	0,04124	0,03957	4,614	0,07026	0,06538	3,363
Hyperkinetische Störungen (F90)	0,06323	0,05937	3,589	0,1059	0,09478	2,561	0,06323	0,05929	3,589
Sonstige emotionale Störungen in der Kindheit (F93.8)	0,02342	0,02292	6,303	0,05436	0,05145	3,931	0,02342	0,02289	6,303
Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Regel im Kindes- und Jugendalter (F98)	0,04215	0,04047	4,557	0,07966	0,07339	3,105	0,04215	0,04042	4,557
Emotionale Störungen mit spezifischem Beginn in der Kindheit (F93)	0,01639	0,01616	7,617	0,05436	0,05145	3,931	0,01639	0,01614	7,617
Akute und vorübergehende psychotische Störungen (F23)	0	0	0	0,002812	0,002806	18,78	5,31e-08	5,32e-08	4338
Dissoziative (Konversions-)Störungen (F44)	0,01874	0,01843	7,099	0,01406	0,01387	8,255	0,01874	0,0184	7,099
Verhaltensstörungen (F91)	0,01639	0,01616	7,617	0,05248	0,04978	4,014	0,01639	0,01614	7,617
Gemischte Störungen des Verhaltens und der Emotionen (F92)	0,01639	0,01616	7,617	0,04592	0,04386	4,339	0,01639	0,01614	7,617
Amb. Kosten allgemein	155,6	20951	2,84	179,3	38219	5,679	155,6	19845	3,462
Amb. Kosten psychiatrisch	868,5	1403709	2,332	611,2	1353449	2,808	868,5	2024223	2,304
Amb. Kosten somatisch	237,6	147496	3,359	203,1	72628	2,677	237,6	94349	2,29
Stat. Kosten psychiatrisch	1374	4,40e+07	7,927	1694	4,66e+07	5,069	1374	3,51e+07	6,307
Stat. Kosten somatisch	329,7	2266691	8,21	499,6	8496015	14,55	329,7	2966789	12,79
Stat. Tage psychiatrisch	4,138	335,4	5,99	4,907	362,9	4,632	4,138	285	5,312
Stat. Tage somatisch	0,6393	19,68	12,84	0,8444	33,58	16,69	0,6393	20,39	21,02
Amb. KH psychiatrisch	161,8	184549	3,541	160,7	270557	4,881	161,8	304484	5,187
Amb. KH somatisch	84,37	94851	6,751	103,9	206211	7,071	84,37	192500	9,014
Medikosten psychiatrisch	35,6	17062	7,264	51,36	34600	5,856	35,6	15089	6,467
Medikosten somatisch	351,9	6061128	8,999	436,1	2,98e+07	27,1	351,9	1,76e+07	34,74
DDD psychiatrisch	68,28	33542	3,753	61,5	32331	4,159	68,28	34446	3,527
DDD somatisch	100,9	69454	6,949	163,9	106856	3,945	100,9	45318	4,237

Bei den Versicherten mit prävalenter GI/GD-Diagnose und inzidenter Hormontherapie existieren Mehrkosten von insgesamt nicht-signifikanten 303 € im Jahr der Inzidenz (Kalenderjahr 2019) und signifikanten 1765 € im darauffolgenden Kalenderjahr 2020 (siehe Tabelle 31) im Vergleich zur Kontrollgruppe von Versicherten mit prävalenter GI/GD-Diagnose ohne inzidente Hormontherapie. Es gibt also ein relatives Ansteigen der Gesamtkosten in der GI/GD-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe um 1462 € im zweiten Jahr nach der Inzidenz. Die statistische Aussagekraft (Signifikanz) der Analysen in Tabelle 31 ist gegenüber den Analysen aus Abschnitt 4.2.3 (siehe Tabelle 29) wegen der geringeren Fallzahl von $n = 1494$, als eingeschränkter aber trotzdem ausreichend einzuschätzen.

Während im Jahr der Inzidenz der Hormontherapie (2019) die sonstigen ambulanten Arztkosten mit 330 € und die somatische Medikation mit 361 € den Unterschied in den Gesamtkosten dominieren, sind es im Jahr danach vor allem die somatischen stationären Krankenhauskosten mit einer Kostendifferenz von 1340 € (siehe Tabelle 31). Die Kostendifferenz der ambulanten Arztkosten liegt insgesamt bei 518 € (2019) bzw. 151 € (2020) und ist damit tendenziell sinkend, während im Bereich der stationären Krankenhauskosten mit einer Differenz von -634 € in 2019 bzw. 1165 € in 2020 eine starke Zunahme der Kostenunterschiede zu beobachten ist.

Die detaillierteren Analysen zeigen, dass die Kostendifferenz bei den psychiatrischen Arztkosten mit 154 € in 2019 bzw. -6 € in 2020 rückläufig ist (siehe Tabelle 31). Die auf die Allgemeinmedizin zurückgehenden Kostenunterschiede der ambulanten Arztkosten betragen 35 € (2019) bzw. 31 € (2020) und sind damit zeitlich konstant, aber eher vernachlässigbar.

Im Jahr 2019 liegen die psychiatrischen stationären Krankenhauskosten der Versicherten mit inzidenter Hormontherapie um -864 € unter denen der Vergleichsgruppe. Im Jahr 2020 beträgt diese Differenz nur noch -176 €. Die Effekte auf die stationären Krankenhauskosten spiegeln sich auch bei den stationären Krankenhaustagen wider. Während Versicherte der GI/GD-Gruppe mit inzidenter Hormonbehandlung in 2019 im Durchschnitt -1.8 psychiatrische Krankenhaustage weniger aufweisen, geht diese Differenz in 2020 auf -0.4 weniger Krankenhaustage zurück. Die Differenz bei den somatischen Krankenhaustagen steigt hingegen von 0.2 Tagen in 2019 auf 1.1 Tage an. Die gesamte Differenz der stationären Krankenhaustage steigt von -1.6 Krankenhaustage in 2019 auf +0.7 in 2020 an.

Der Hauptanteil der Kostendifferenzen im Bereich der ambulanten Krankenhauskosten resultiert aus den somatischen ambulanten Krankenhauskosten. Diese liegen in 2019 bei 97 € und in 2020 bei 113 € (siehe Tabelle 31). Die Differenzen in den Medikamentenkosten zwischen Versicherten mit inzidenter Hormontherapie und der Kontrollgruppe liegen bei 341 € (2019) bzw. 373 € (2020) und sind damit zeitlich relativ stabil (siehe Tabelle 31). Diese Unterschiede sind fast ausschließlich auf die somatische Medikation mit zeitlich relativ stabilen Kostendifferenzen von 361 € (2019) und 397 € (2020) zurückzuführen. Dies spiegelt sich auch in den DDD, bei denen die Differenz in 2019 insgesamt bei 263 DDD und in 2020 insgesamt bei 430 DDD liegt und damit ansteigt. Dies ist insbesondere auf somatische Medikamente zurückzuführen, deren DDDs in 2019 um 268 Einheiten und 2020 um 430 Einheiten ansteige

TRANSKIDS-CARE (01VSF20033)

Tabelle 31: Balancierte Random-Effects-Regressionsmodelle zur Berechnung der Mehrkosten von Personen mit prävalenter GI/GD und inzidenter Hormontherapie im Vergleich zu den Kontrollen für alle Kostensektoren, n = 1494 (GI/GD: n = 427; KG: n = 1067; Beobachtungen: n = 4415)

	GI/GD-Gruppe		Kalenderjahr 2019		Kalenderjahr 2020		GI/GD-Gruppe#2019		GI/GD-Gruppe#2020		Konstante	
Kosten												
Total	-0.00	(469.26)	1,673.21***	(385.58)	378.25	(328.16)	303.47	(619.73)	1,765.09***	(558.51)	3,598.77***	(279.50)
Nach Kostensektor												
Ambulante Ärzte	-0.00	(91.90)	312.07***	(60.01)	237.38***	(79.91)	518.76***	(89.99)	151.30	(113.04)	1,261.73***	(66.24)
Allgemeinmedizin	-0.00	(8.67)	25.59***	(5.97)	19.27***	(7.43)	34.63***	(9.31)	30.96***	(11.24)	155.56***	(5.12)
Psychiatrie/ Psychotherapie	-0.00	(86.78)	254.48***	(56.61)	147.40**	(73.16)	154.26*	(78.74)	-6.33	(102.38)	868.54***	(65.18)
Sonstige	0.00	(22.83)	31.99**	(14.08)	69.31***	(24.60)	329.88***	(35.47)	128.77***	(37.61)	237.63***	(13.27)
Krankenhaus ambulanz	-0.00	(38.74)	89.48***	(27.50)	83.56*	(43.54)	77.19	(53.65)	41.94	(59.37)	246.16***	(28.78)
Psychiatrie/ Psychotherapie	-0.00	(31.26)	57.91***	(20.76)	30.26	(22.07)	-19.77	(45.03)	-71.11**	(32.00)	161.80***	(23.37)
Somatik	0.00	(23.19)	31.57*	(18.08)	53.15	(37.49)	96.96***	(28.65)	113.25**	(49.56)	84.37***	(17.77)
Krankenhaus stationär	-0.00	(403.14)	1,183.20***	(383.02)	-115.42	(304.91)	-633.97	(606.53)	1,164.99**	(542.50)	1,703.42***	(231.53)
Psychiatrie/ Psychotherapie	-0.00	(390.17)	1,171.19***	(376.30)	-257.38	(278.32)	-864.01	(586.18)	-175.61	(491.92)	1,373.76***	(222.41)
Somatik	-0.00	(96.23)	12.01	(69.05)	141.20	(120.27)	230.04	(154.71)	1,339.59***	(239.40)	329.66***	(62.93)
Medikamente	-0.00	(166.46)	88.46**	(43.06)	199.85***	(59.09)	341.49***	(78.76)	372.99***	(114.78)	387.46***	(116.02)
Psychiatrie/ Psychotherapie	-0.00	(7.51)	25.38***	(9.78)	41.56***	(15.94)	-19.84*	(11.04)	-24.24	(19.26)	35.60***	(4.07)
Somatik	0.00	(166.24)	63.08	(41.93)	158.65***	(57.28)	361.33***	(77.94)	396.62***	(113.75)	351.86***	(116.04)
Leistungsanspruchnahme												
Krankenhaustage	-0.00	(1.12)	3.11***	(1.05)	-0.64	(0.86)	-1.61	(1.72)	0.73	(1.56)	4.78***	(0.65)
Psychiatrie/ Psychotherapie	-0.00	(1.09)	3.13***	(1.04)	-0.64	(0.83)	-1.81	(1.68)	-0.39	(1.51)	4.14***	(0.63)
Somatik	-0.00	(0.26)	-0.02	(0.12)	-0.00	(0.17)	0.20	(0.31)	1.12***	(0.34)	0.64***	(0.14)
DDD	-0.00	(20.32)	56.82***	(8.62)	66.44***	(14.26)	262.57***	(18.85)	430.12***	(28.97)	169.15***	(10.76)
Psychiatrie/ Psychotherapie	-0.00	(11.64)	15.24***	(4.94)	21.03***	(6.54)	-5.73	(9.21)	0.50	(13.77)	68.28***	(7.56)
Somatik	0.00	(14.47)	41.58***	(6.81)	45.01***	(12.74)	268.30***	(16.48)	429.90***	(25.52)	100.88***	(6.85)

4.2.5 Welchen Einfluss haben patient*innenbezogene Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen etc.) bei Behandlungsbeginn auf die Kosten und gibt es einen Zusammenhang zwischen der Strukturqualität der psychischen Gesundheitsversorgung und den Versorgungskosten bei den Versicherten mit spezifischer Hormongabe?

Die Fallzahl zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen patientenbezogene Faktoren sowie der Strukturqualität der psychiatrischen Gesundheitsversorgung und den Versorgungskosten bei den Versicherten mit prävalenter GI/GD und inzidenter spezifischer Hormongabe bezieht sich auf $n = 427$ Versicherte und unterliegt wegen dieser relativ geringen Fallzahl einer im Vergleich zu den zuvor aufgelisteten Analysen einer stark eingeschränkten statistischen Unsicherheit (Signifikanz). Diese entsprechen den unter Fragestellung E analysierten Fällen.

Tabelle 32 zeigt den durchschnittlichen Einfluss der untersuchten Faktoren auf die jährlichen Versorgungskosten in den Jahren 2019 und 2020 für Versicherte mit prävalenter GI/GD, die im Jahr 2019 mit einer spezifischen Hormontherapie begonnen haben (inzidente spezifische Hormontherapie). Im Vergleich zur Strukturqualität A (interdisziplinäres Spezialzentrum mit überregionalem Einzugsgebiet) liegen die Gesamtkosten der Versorgung bei Strukturqualität B (anderweitiger psychiatrischer oder psychotherapeutische Behandlung) um durchschnittlich -160 € pro Jahr (nicht signifikant) und bei Strukturqualität C (keine gesicherte hinreichende psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung) um -982 € pro Jahr (nicht signifikant) niedriger (siehe Tabelle 32). Im Vergleich zu Strukturqualität A sind die Unterschiede bei Strukturqualität B am stärksten und statistisch signifikant im Bereich der ambulanten Arztkosten, die bei Strukturqualität B um durchschnittlich 368 € pro Jahr höher sind, und im Bereich der ambulanten Krankenhauskosten, die um -564 € pro Jahr niedriger sind. Hierbei sind es jeweils vor allem Psychiatrische/PT-Kosten, die im Falle der ambulanten Arztkosten um 501 € pro Jahr höher und im Falle der ambulanten Krankenhauskosten um -573 € pro Jahr niedriger liegen als die durchschnittlichen jährlichen Kosten in Einrichtungen der Strukturqualität A (beides signifikant). Die durchschnittlichen jährlichen Kosten bei Strukturqualität C sind im ambulanten Krankenhaus um -464 € und hierbei wiederum im psychiatrischen Bereich um -604 € signifikant niedriger sowie im Sektor der Medikamente um 410 € signifikant höher als bei Strukturqualität A.

Mit Hinblick auf das Geburtsgeschlecht der Versicherten ist festzustellen, dass die weiblichen Versicherten im Vergleich zu männlichen Versicherten nicht-signifikante jährliche Mehrkosten von durchschnittlich 265 € pro Jahr aufweisen. Diese resultieren zum größten Teil mit 408 € aus den stationären Krankenhauskosten (nicht signifikant) und dabei wiederum hauptsächlich aus den somatischen Kosten mit signifikanten Mehrkosten von 1149 € sowie signifikant geringeren Kosten im Bereich der Psychiatrie von 743 €. Darüber hinaus haben weibliche Versicherte um 144 € signifikant niedrigere jährlich ambulante Arztkosten als männliche Versicherte, die auch hier mit einem signifikanten Betrag von 171 € hauptsächlich aus dem psychiatrischen Bereich stammen.

Hinsichtlich der untersuchten Alterskategorien sind große Kostenunterschiede zu beobachten. Als Referenzgruppe dient dabei jeweils die Altersgruppe der 13- bis 17-Jährigen. Die Gruppe der 18- bis 24-Jährigen hat signifikant niedrigere Gesamtkosten von

durchschnittlich -2775 € pro Jahr und die der 25- bis 30-Jährigen von durchschnittlich -1261 € pro Jahr als die 13- bis 17-Jährigen während die Gruppe der 4- bis 12-Jährigen nicht-signifikant höhere Gesamtkosten von lediglich 63 € pro Jahr aufweist. Die Verteilung dieser Kosten über die einzelnen Kostensektoren ist für die Altersgruppen dabei sehr unterschiedlich. Die Gruppe der 4- bis 12-Jährigen weist in den Sektoren der Medikamente und des somatischen stationären Krankenhauses große Kostenunterschiede im Vergleich zur Referenzgruppe auf. So liegen die durchschnittlichen jährlichen Kosten der 4- bis 12-jährigen im Bereich des somatischen stationären Krankenhauses um 1094 € unter und im Bereich der somatisch bedingten Medikation um 1839 € über denen der 13- bis 17-Jährigen (beides signifikant). Darüber hinaus haben die 4- bis 12-Jährigen um 355 € signifikant niedrigere ambulante Arztkosten als die Referenzgruppe, was vorwiegend durch niedrigere psychiatrische Kosten (-383 €) bedingt ist. Die Kosten der 18- bis 24-Jährigen sind vorwiegend im Sektor der ambulanten Ärzt*innen (-814 € pro Jahr) und des stationären Krankenhauses (-1900 € pro Jahr) signifikant niedriger als die der Referenzgruppe. Sie basieren dabei hauptsächlich auf den psychiatrisch bedingten Kosten (mit -894 € im Falle der ambulanten Arztkosten und -1658 € im Falle der stationären Krankenhauskosten). Die ambulanten Krankenhauskosten der 18- bis 24-Jährigen liegen um -166 € pro Jahr signifikant unter denen der Referenzgruppe, wobei der Unterschied mit -147 € wiederum hauptsächlich psychiatrisch bedingt ist. Die ambulanten Arztkosten der 25- bis 30-Jährigen liegen um -828 € pro Jahr signifikant unter denen der Referenzgruppe, wobei der Unterschied mit -987 € pro Jahr hauptsächlich psychiatrisch bedingt ist. Außerdem weist die Gruppe der 25- bis 30-Jährigen um -169 € signifikant niedrigere ambulante Krankenhauskosten auf als die Referenzgruppe.

Die Gesamtkosten der in ländlichen und dünn besiedelten Kreisen wohnenden Versicherten liegen um -1371 € bzw. -1277 € pro Jahr signifikant unter denen der in städtischen Kreisen wohnhaften Referenzgruppe. Die Gesamtkosten der in einer kreisfreien Stadt wohnenden Versicherten liegen nicht-signifikant um -143 € unter den Kosten der in städtischen Kreisen wohnhaften Referenzgruppe.

Das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose ist mit signifikanten jährlichen Mehrkosten von 1714 € pro Jahr verbunden, wovon 988 € auf das stationäre Krankenhaus, 596 € auf die ambulanten Arztkosten sowie 188 € auf die ambulanten Krankenhauskosten zurückgehen. Den größten Anteil haben dabei die psychiatrischen bedingten Kosten mit 473 € im Falle der ambulanten Arztkosten bzw. 1510 € im Falle der stationären Krankenhauskosten (beides signifikant). Bei den ambulanten Krankenhauskosten verteilen sich die Effekte zu ungefähr gleichen Anteilen auf psychiatrisch und somatisch bedingte mit jeweils ca. 90 € pro Jahr.

TRANSKIDS-CARE (01VSF20033)

Tabelle 32: Random-Effects-Regression Einfluss patientenbezogener Faktoren und der Strukturqualität zu Behandlungsbeginn auf Kosten von prävalenten GI/GD-Fällen mit inzidenter Hormongabe in 2019 (n = 427, Beobachtungen n = 836)

	Kalenderjahr 2020	Geburts-geschlecht weiblich	Alter 4-12 (ref: 13-17)	Alter 18-24	Alter 25-30	Kreisfreie Stadt (ref: städt. Kreis)	Ländlicher Kreis	Dünn besiedelter Kreis	Struktur-qualität B (ref: A)	Struktur-qualität C	Andere F-Diagnose	Konstante (2019)
Kosten												
Total	217.86 (479.64)	265.25 (442.28)	63.48 (1,142.59)	-2,774.90*** (536.69)	-1,261.04* (725.45)	-142.92 (557.63)	-1,371.24* (705.22)	-1,277.26** (593.84)	-160.50 (1,298.47)	-982.12 (1,323.05)	1,713.53*** (576.63)	6,370.50*** (1,398.34)
Nach Kostensektor												
Ambulante Ärzte	-434.74*** (71.06)	-144.19* (74.13)	-354.67* (195.06)	-814.02*** (95.54)	-827.63*** (111.53)	206.21** (88.33)	-197.04 (128.09)	-62.67 (137.53)	367.90* (190.15)	-273.77 (202.33)	595.93*** (103.76)	2,036.89*** (225.88)
Allgemeinmedizin	-8.74 (9.06)	6.77 (8.82)	81.93*** (21.41)	-26.98*** (9.94)	-9.10 (14.66)	-2.47 (10.26)	5.97 (13.91)	86.58*** (25.85)	-31.26** (15.36)	-46.31** (18.35)	69.76*** (20.82)	193.79*** (23.88)
Psychiatrie/ Psychotherapie	-261.59*** (63.71)	-170.94*** (65.87)	-383.12** (183.95)	-893.94*** (83.49)	-987.31*** (95.22)	86.47 (78.48)	-292.53** (114.84)	-313.14*** (111.38)	500.81*** (172.53)	-194.70 (178.84)	473.21*** (95.54)	1,379.11*** (212.16)
Sonstige	-164.35*** (31.82)	20.11 (31.58)	-51.90 (44.42)	107.22*** (34.29)	168.74*** (45.58)	125.35*** (31.56)	89.94* (46.74)	168.55*** (50.65)	-101.54** (48.97)	-32.83 (59.59)	61.35 (45.35)	455.42*** (62.75)
Krankenhaus ambulant	-38.15 (52.23)	-2.39 (43.58)	34.32 (102.05)	-166.19** (73.63)	-168.99** (75.33)	-124.41** (58.92)	40.96 (93.88)	-111.28 (77.87)	-564.14*** (88.22)	-463.93*** (92.62)	187.91*** (44.59)	951.53*** (99.74)
Psychiatrie/ Psychotherapie	-76.26** (38.20)	-12.75 (29.43)	18.48 (80.87)	-147.05** (68.31)	-79.51 (71.28)	-45.27 (53.53)	100.75 (73.69)	-37.67 (56.20)	-572.62*** (82.01)	-604.44*** (78.37)	89.76*** (31.60)	779.61*** (82.46)
Somatik	38.00 (35.38)	10.81 (32.64)	14.84 (76.09)	-19.43 (41.30)	-89.54** (40.07)	-80.61** (34.80)	-59.97 (62.08)	-74.73 (56.45)	10.33 (42.74)	141.86** (56.12)	93.22*** (30.08)	174.68*** (61.71)
Krankenhaus stationär	541.08 (467.46)	408.35 (432.75)	-1,477.06 (1,048.63)	-1,900.11*** (499.70)	-346.77 (681.73)	-207.54 (522.06)	-838.41 (664.19)	-884.00 (595.02)	-233.05 (1,352.65)	-654.45 (1,411.66)	988.00** (484.83)	2,888.70** (1,382.89)
Psychiatrie/ Psychotherapie	-702.40* (393.33)	-742.72* (393.45)	-396.21 (1,035.47)	-1,657.55*** (454.09)	-920.66 (588.02)	-539.43 (453.74)	-732.96 (471.01)	-995.24* (527.85)	389.83 (1,310.10)	-14.56 (1,318.85)	1,509.56*** (289.42)	2,183.36* (1,275.17)
Somatik	1,239.81*** (228.18)	1,148.75*** (195.55)	-1,094.09*** (284.03)	-239.31 (228.57)	574.73 (387.53)	302.05 (249.85)	-79.63 (402.21)	92.17 (278.81)	-620.53 (450.53)	-648.60 (498.18)	-591.48 (363.71)	771.02 (594.13)
Medikamente	140.41 (88.27)	15.47 (119.98)	1,838.14*** (488.67)	105.47 (83.89)	67.40 (94.79)	-82.91 (103.39)	-335.91*** (104.94)	-237.86* (136.69)	262.06*** (99.55)	410.10*** (136.26)	-122.06 (154.39)	569.51*** (153.21)
Psychiatrie/ Psychotherapie	13.63 (10.00)	-20.57* (12.10)	3.04 (11.83)	8.65 (9.17)	25.69* (13.37)	-38.01*** (11.63)	-28.07** (13.78)	-34.80*** (12.82)	29.12*** (8.49)	21.21** (9.90)	51.97*** (14.51)	5.26 (17.99)
Somatik	125.94 (88.37)	37.34 (124.05)	1,838.89*** (504.21)	97.15 (85.09)	39.57 (92.05)	-45.41 (107.05)	-309.96*** (102.79)	-204.78 (138.99)	232.80** (99.76)	389.60*** (138.32)	-155.13 (142.25)	550.01*** (149.69)
Leistungsanspruchnahme												
Krankenhaustage	-1.20 (1.29)	-2.11 (1.46)	-4.24** (2.01)	-4.80*** (1.53)	-0.49 (1.57)	-1.00 (1.58)	-2.09 (1.58)	-3.44** (1.58)	1.80 (3.45)	0.62 (3.57)	4.23*** (1.11)	6.74* (3.50)
Psychiatrie/ Psychotherapie	-2.14* (1.29)	-3.32** (1.44)	-3.71* (1.94)	-4.65*** (1.48)	-1.19 (2.13)	-1.50 (1.47)	-1.90 (1.54)	-3.54** (1.54)	2.29 (3.44)	1.24 (3.50)	4.70*** (0.94)	6.12* (3.43)
Somatik	0.94*** (0.27)	1.22*** (0.24)	-0.52 (0.51)	-0.15 (0.26)	0.69 (0.48)	0.43 (0.36)	-0.22 (0.37)	0.06 (0.33)	-0.48 (0.48)	-0.60 (0.54)	-0.44 (0.44)	0.61 (0.70)
DDD	184.03*** (23.40)	-283.50*** (26.62)	-145.82*** (32.79)	73.81*** (24.47)	232.04*** (45.56)	60.86** (25.18)	-10.18 (43.59)	-3.36 (34.93)	-27.30 (47.46)	-47.88 (53.52)	71.49* (38.35)	550.28*** (60.42)
Psychiatrie/ Psychotherapie	15.45 (10.86)	-6.82 (11.99)	-40.12*** (10.05)	19.27* (11.38)	48.69** (19.63)	-31.08** (12.79)	-33.67* (17.43)	-30.29* (15.59)	-7.71 (17.08)	-30.49 (18.84)	71.34*** (11.85)	45.51** (22.97)
Somatik	169.08*** (20.62)	-277.04*** (24.11)	-106.15*** (30.49)	54.54*** (20.48)	184.69*** (36.04)	93.17*** (20.76)	23.43 (36.15)	27.10 (30.69)	-19.73 (46.52)	-17.65 (50.48)	-3.62 (32.65)	507.17*** (56.81)

4.3 TP 4: Ergebnisse klinische Bedarfsanalysen

Zentrale Forschungsfrage von TP4 war es, die Versorgungssituation und den Versorgungsbedarf aus Sicht von 3 Behandelndengruppen abzubilden. Die Ergebnisse der Fragestellung, welche spezialisierten medizinischen und psychosozialen Versorgungsangebote es aktuell für Jugendliche mit GI/GD gibt, sind in Abbildung 32 dargestellt. Die Basis für die Erstellung der Übersichtskarte wurde auf der Basis einer Adressenliste der KJP Münster erstellt (Stand 2021). Diese Liste kann aufgrund der zentralen Rolle der KJP Münster in diesem Forschungs- und Versorgungsgebiet als nahezu vollständig angesehen werden. Diese Liste mit insgesamt 93 Expert*innen stellte zudem den Ausgangspunkt für die Rekrutierung der Gruppe der GD-EXP dar. Es zeigt sich, dass es nur wenige und ungleich verteilte spezialisierte Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche mit GI/GD gibt. In den Bundesländern Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz und Saarland gab es zum Zeitpunkt des Projektstarts keine qualifizierten Angebote für Kinder und Jugendlichen mit GI/GD und ihren Familien.

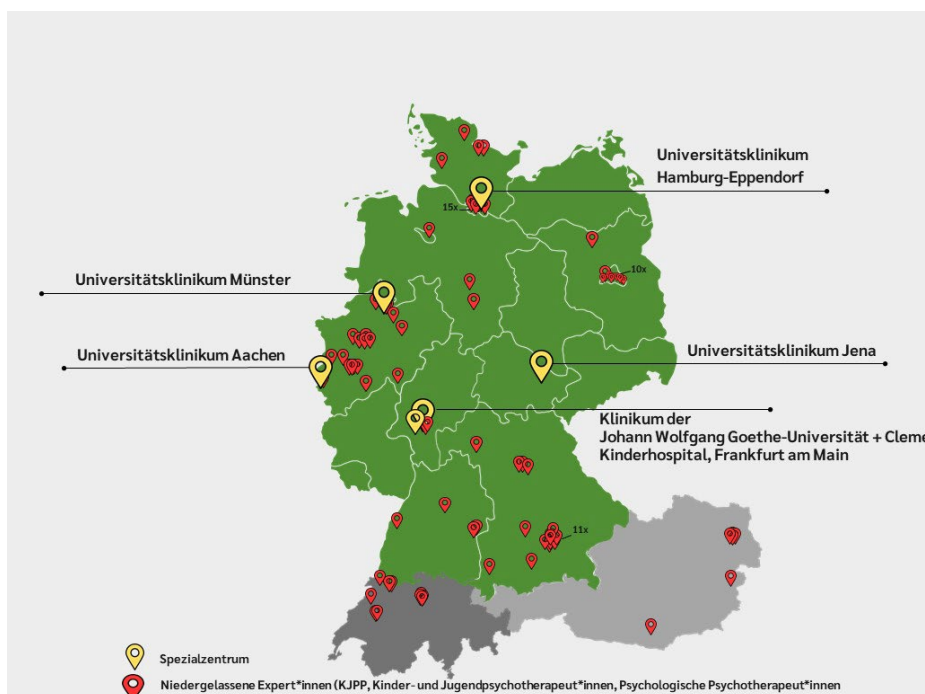


Abbildung 32: Aktuelle Versorgungslandschaft für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie.

Die zentralen Ergebnisse der Interviews werden im Folgenden vorgestellt. Es wurden insgesamt 103 Expert*innen aus 3 Behandelndengruppen untersucht. Die Ergebnisse der 3 Expert*innenbefragungen (GD-EXP, KJPP und KiÄ) wurden separat ausgewertet und in 3 Originalarbeiten publiziert.

Alle befragten Behandelndengruppen beobachteten in den letzten 10 Jahren einen steigenden Versorgungsbedarf. Die KJPP gaben an, dass sie die Patient*innen als informierter wahrnehmen und KiÄ und GD-EXP nannten, dass sich Patient*innen mit konkreteren Anliegen und bei letztgenannter Behandelndengruppe auch mit klareren Transitionsvorstellungen als noch vor 10 Jahren vorstellten. Ein Viertel der KJPP gaben an, dass von den Patient*innen auch Druck ausgehe. Etwa ein Viertel der KJPP und GD-EXP nahm keine Veränderung des qualitativen Bedarfs in den letzten 10 Jahren wahr. Als Hauptgrund für den Anstieg der Inanspruchnahme aufgrund von GI/GD im Kindes- und Jugendalter wurde von allen

Behandelnden die größere Präsenz und Sichtbarkeit von GI/GD in der Öffentlichkeit und Gesellschaft und damit verbundene gesellschaftliche Akzeptanz vermutet.

Im Folgenden werden die Hauptfragestellungen des Interviewleitfadens jeweils für die Behandelndengruppen getrennt beantwortet.

4.3.1 Ergebnisse Expert*inneninterviews

4.3.1.1 Anliegen und Bedarfe behandlingssuchender Kinder und Jugendlicher mit GI/GD und ihren Sorgeberechtigten

Kinder- und Jugendärzt*innen (KiÄ): Ein häufiges Anliegen Behandlungssuchender an die befragten KiÄ war der Wunsch nach Beratung und Unterstützung im Umgang mit der GI/GD. Dies betraf die Bewältigung von emotionalen und psychosozialen Herausforderungen, wie beispielsweise Reflektion der Erfahrungen von Ablehnung und Diskriminierung. Auch fachliche Beratung und Begleitung hinsichtlich weiterführender therapeutischer Maßnahmen und Überweisung an spezialisierte Behandlungsangebote (psychotherapeutisch und/oder somatisch) wurden gewünscht. Insbesondere die Jugendlichen würden dabei ausdrücklich die Einleitung körpermedizinischer Maßnahmen wünschen (37%) und die Anerkennung ihrer Geschlechtsidentität einfordern (25%). Den größten Nutzen ziehen Betroffene laut KiÄ aus der Beratung bei emotionalen und psychosozialen Schwierigkeiten sowie der fachlichen Aufklärung über Behandlungsoptionen. Während dies bei Eltern im Vordergrund stand, profitierten die Kinder und Jugendlichen nach Einschätzung der KiÄ vor allem von einem offenen und wertschätzenden Umgang in der Sprechstunde. Es sei „(...) wichtig, dass sich die Patienten ernst genommen fühlen, in dem was sie fühlen und sagen (...)“ (KiÄ 9). Die richtige Namensnennung und Ansprache sei dabei besonders relevant.

GD-Expert*innen (GD-EXP): Dominant sei der Wunsch nach körpermedizinischen Maßnahmen, meistens Hormonbehandlungen (78%). Häufig werde psychotherapeutische Prozessbegleitung im Sinne eines geschützten Raums gewünscht, in dem ein offenes Gespräch und tragfähige therapeutische Beziehung die Entscheidungsfindung unterstützen (71%). Die Minderjährigen würden Informationen und Orientierung (41%) bzgl. Fertilitätsprotektion, therapeutischer und körpermedizinischer Möglichkeiten und Grenzen, sowie Hilfe bei der Überprüfung von Internet-Informationen benötigen. Sie wünschen Unterstützung im privaten Umfeld (Eltern, Familie, Freunde) und „dass man versucht, für die gesamte Familie tragfähige Lösungen zu finden“ (EXPGD024). Außerdem bestehe Unterstützungsbedarf beim Outing im öffentlichen Umfeld z.B. Alltagserprobung, Schule, Umgang mit Peergroup, Diskriminierung, Personen-/Namenstands-Änderung (41%). Indikationsschreiben/Gutachten (29%) sowie Behandlung koinzidenter Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen seien weitere häufig (27%) erwähnte Anliegen. Profitieren würden die Minderjährigen nach Einschätzung der GD-EXP davon, ernst genommen zu werden (37%). Gruppenangebote und Austausch mit Gleichaltrigen werden als sinnvoll angesehen (17%).

Sehr viele Sorgeberechtigte würden sich vorrangig Beratung, Information und Gesprächsangebot (80%) wünschen. Auch liege ihnen viel an einer fachlich fundierten, entwicklungsgerechten und ergebnisoffenen Prozessbegleitung (41%), sowie an emotionaler Unterstützung und einem geschützten Raum, um offen und wertungsfrei über Sorgen und Ängste zu sprechen (37%). Die Bandbreite bzgl. Unterstützung und Akzeptanz auf Seiten der Sorgeberechtigten ist aus Sicht der GD-EXP groß. Es gibt viele, die ein gesundes Maß an

Unterstützung zeigen (41%): „Bei den Eltern ... auch wirklich Bemühen stattfindet ... bis hin zur Großelterngeneration" (EXPGD015). Allerdings „gibt es welche, die das ganz merkwürdig unproblematisch finden" (EXPGD015), die für die GD-EXP zu übersteigter bzw. unkritischer Unterstützung neigen, was im Verlauf der Behandlung das Risiko für vorschnelle Entscheidungen erhöhen könnte (29%). Erfahrungen mit Sorgeberechtigten, die die GI nicht akzeptieren und sich reparative Therapie wünschen, wurden ebenfalls thematisiert (27%): „Bei manchen tatsächlich leider auch ein: ‚Die Transidentität muss weg‘" (EXPGD020). Profitieren würden Sorgeberechtigte von einer Einbindung in einen transparenten Gesprächs- und Entscheidungsfindungsprozess sowie offener Kommunikation mit den Jugendlichen (17%). Positive Entwicklungen bei den Minderjährigen beobachten zu können, sei den Eltern wichtig (17%): „Wenn sie das Gefühl haben: ‚Meinem Kind geht es wieder gut und es ist auf dem richtigen Weg.‘" (EXPGD027).

Kinder- und Jugendpsychiater*innen (KJPP): „(...) viele wünschen eine intensive Psychotherapie (...)“ (KJPP024) berichteten knapp die Hälfte (47%) der Interviewten über ihr Patient*innenklientel. 6 von 30 (27%) der Befragten erklärten, dass Jugendliche mit der Bitte um Behandlung der koinzidenten psychischen Störungen kämen. Damit korrelierend fanden fast zwei Drittel (60%) der Befragten, dass ihre Patient*innen von psychotherapeutischer Begleitung, von der „Offenheit diese Themen besprechen zu können“ (KJPP012), profitieren würden. Ähnlich viele (63%) bekräftigten, dass ihre Patient*innen unter anderem von Akzeptanz und positiver Resonanz profitieren. „Also ich denke in erster Linie [profitieren sie] von der Akzeptanz (...) ihres gewünschten Geschlechts und ihres gewünschten Namens und [vom] Respekt für diese Entscheidungen (...)“ (KJPP006). Ein Drittel (33%) der Befragten äußerten, dass die Jugendlichen sich mit dem „(...) Wunsch nach Information (...)“ (KJPP002) und Aufklärung an sie wenden. Es würden Fragen wie „Was ist das? Wie geht das weiter?“ (KJPP006) gestellt. Etwas weniger (27%) der Interviewpartner*innen sagten aus, dass ihre Patient*innen auch von Psychoedukation, Information oder Aufklärung bzgl. GI profitieren. Häufig (30%) wurde auch der Nutzen eines ergebnisoffenen Vorgehens für ihre Patient*innen genannt. Sie würden davon profitieren „(...) für sich ein Konzept entwickeln zu können, in welche Richtung [es] geht“ (KJPP033). Oft wurde „Die Fragestellung nach Gutachtertätigkeit (...)“ (KJPP012) von den Jugendlichen als Anliegen genannt bzw. eine Indikationsstellung für körpermedizinische Maßnahmen gewünscht (33%). 6 von 10 (60%) Befragten berichteten, dass Patient*innen „... sehr vorwiegend auch die Vermittlung“ (KJPP009) an spezialisierte Stellen wünschten.

4.3.1.2 Vorerfahrungen von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD und ihren Sorgeberechtigten

KiÄ: Die Gruppe der Kinder- und Jugendärzt*innen konnte keine Angaben zu Vorerfahrungen von Kindern, Jugendlichen mit GI/GD und ihren Sorgeberechtigten im Gesundheitswesen machen, da sie als Primärversorgende hauptsächlich die erste Anlaufstelle für die Patient*innen sind.

GD-EXP: Ein vorrangig negatives Gesamtbild an Vorerfahrungen im Gesundheitssystem von Behandlungssuchenden und ihren Sorgeberechtigten schilderten 23 GD-EXP, ein vorrangig positives nur 2. ‚Keine Erfahrungen‘ gab es einmal. Von heterogenen Vorerfahrungen berichteten 15: „Je nach Hausarzt extrem positiv, weil das häufig der erste Ansprechpartner der Eltern ist. Und manchmal extrem negativ, wenn der von der Symptomatik keine Ahnung

hat" (EXPGD020). Positiv erlebt werden engagierte Fachkräfte, die verständnisvoll mit dem Thema GI umgehen und Minderjährigen wertschätzend gegenüber treten (22%). Negativ fällt auf, wenn Fachpersonen GI nicht ernst nehmen und die Minderjährigen offener Ablehnung oder Behandlungsverweigerung ausgesetzt sind (59%), z.B., "dass [die Jugendlichen] nicht ernst genommen werden in ihrem Wunschgeschlecht und mit ihrem Wunschnamen ... zum Teil in andere Zimmer gesteckt werden" (EXPGD013). Situationen wurden geschildert, in denen unzureichende Fachkenntnis zu Berührungspunkten auf ärztlicher und therapeutischer Seite führt, keine Therapie stattfindet und Informationen zu möglichen Anlaufstellen fehlen (41%): "... von Fachpersonen zurückgewiesen worden zu sein: „Ich kann Ihnen da nicht helfen, ich kenne mich nicht aus. Sie sind hier falsch und ich weiß auch nicht wohin.“" (EXPGD001). Therapien, die die GI/GD unbehandelt lassen bzw. Therapien, die koinzidente psychische Störungen in den Vordergrund stellen oder sogar Therapien, die nach Monaten einfach abgebrochen werden, schilderten viele (24%) GD-EXP. Auch von vorschnellen Indikationsstellungen und mangelnder Aufklärung über Operationsfolgen wird berichtet (20%). Das Angebot an geschultem Fachpersonal sei zu gering (39%).

KJPP: Insgesamt berichten nur 4 Befragte, dass ihre Patient*innen u.a. positive Vorerfahrungen im Gesundheitswesen gemacht haben, wohingegen in 20 Interviews über Patient*innen, die negative Vorerfahrungen im Gesundheitswesen gemacht haben, berichtet wird. Dabei schildern 13 Interviewpartner*innen Erfahrungen von Patient*innen, die abweisende und/ oder abwehrende Haltungen seitens des Gesundheitspersonals, oder Diskriminierung durch Behandler*innen erlebt haben. „Das Häufigste ist, dass sich die Betroffenen überhaupt nicht ernstgenommen fühlen, da auf viel Unverständnis treffen und letztlich auch Mobbing erfahren haben.“ (KJPP007)

4.3.1.3 Schwierigkeiten und Herausforderungen in der Behandlung Kindern und Jugendlichen mit GI/GD

KiÄ: 37% der KiÄ sahen ein großes Problem durch potenziell irreversible Langzeitfolgen bei körpermedizinischen Maßnahmen im Jugendalter. Da „es dann kein Zurück mehr gibt [...]“ (Päd. 1) sei vor der Indikationsstellung eine sichere Diagnostik und ausführliche Aufklärung und Beratung der Patient*innen und Sorgeberechtigten notwendig. Ein Studienteilnehmer beschrieb einen Zeitdruck durch fortschreitende körperliche Veränderungen in der Pubertät. 28% der KiÄ sahen Schwierigkeiten darin, den richtigen Zeitpunkt für eine Indikationsstellung zu finden. Dazu müsse ein entsprechender Reifegrad der Heranwachsenden vorliegen und die Geschlechtsinkongruenz persistierend bestehend. 12% der KiÄ beschrieben einen potenziellen Zusammenhang mit behandlungsbedürftigen koinzidenten psychischen Störungen und die Sorge, dass diese durch eine gender-nonkonforme Selbstzuschreibung überlagert werden könnten. 18% der KiÄ berichteten von Schwierigkeiten bei einer zeitnahen Anbindung der Patient*innen, insbesondere an spezialisierte psychotherapeutische und psychiatrische Anlaufstellen.

GD-EXP: Herausfordernd bei der Indikationsstellung für somatomedizinische Maßnahmen im Jugendalter sei das massive quantitative Versorgungsproblem laut vieler (34%) GD-EXP. Es gebe „hohen Versorgungsbedarf und der psychotherapeutische übersteigt ja bekanntermaßen deutlich das Angebot“ (EXPGD005). Überbordende Bürokratie koste wertvolle Arbeitszeit (20%), z.B. „dieser irrsinnig schwierige Umgang mit dem MDK“ (EXPGD030). Das junge Alter mancher Patient*innen verkompliziere den Prozess (34%);

unzureichende geistige Reife für eine informierte Einwilligung, unvollständige Persönlichkeitsentwicklung, sexuelle Unerfahrenheit und Unklarheit zum Umgang mit evtl. späteren Wünschen nach biologischer Elternschaft wurden als Einzelaspekte angesprochen. Psychosoziale Voraussetzungen seien mitunter eine Herausforderung; das Umfeld, in dem die Minderjährigen aufwachsen, sowie divergierende Meinungen von Sorgeberechtigten und Jugendlichen bzw. Sorgeberechtigten untereinander würden den Entscheidungsfindungsprozess beeinflussen (27%). Koinzidente psychische Störungen würden sowohl Diagnose als auch Therapie erschweren (24%). Die Entscheidung zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen sei ein schwieriger, umfang- und folgenreicher Prozess, der ein hohes Maß an Begleitung erfordere (24%).

Irreversible Folgen von Behandlung/Nicht-Behandlung thematisierte ein Viertel der Expert*innen (17%) und, „dass das alles dadurch verkompliziert ist, dass es einen Zeitdruck gibt, der durch die körperliche Pubertätsentwicklung entsteht“ (EXPGD024). Diese Verantwortung belaste (22%). Mehr Forschung zu Themen wie ‚Hormone und Langzeitfolgen‘, ‚Ursachen‘, ‚Entwicklungspsychologie‘ sowie systematische Nachbefragungen wurden gefordert (32%). Außerdem wurden bestehende Kontroversen unter Fachleuten angesprochen (29%); divergierende Informationen und Auseinandersetzungen in der Fachgesellschaft würden zu Unsicherheit auf Seite der Expert*innen und Minderjährigen führen: „Spannend ist ..., warum in unserer [Fach-]Gesellschaft dieses Thema so heftig kontrovers in Schwarz-Weiß-Diskussionen behandelt wird“ (EXPGD035).

KJPP: Die Antworten der Befragten waren vielfältig und wurden in insgesamt 12 Kategorien eingeteilt. Die Hälfte (50%) aller Befragten gab an, keine bzw. in der Regel keine Indikationsstellungen oder Gutachten auszustellen. „Nein, das [Indikationsstellung] machen wir nicht. Nein, wir fangen nur therapeutisch auf.“ (KJPP027) Die Befragten fühlen sich für diese Tätigkeit nicht zuständig, oder nicht genügend ausgebildet „(...) also ich sehe mich gar nicht konfrontiert, weil das überhaupt nicht mein Beruf ist. (...) ich ziehe mich zurück, weil ich das nicht entscheiden kann.“ (KJPP010), „Und deswegen bin ich da sehr zurückhaltend, ich würde das nie entscheiden wollen, das überlasse ich anderen, die sich auch darauf spezialisiert haben.“ (KJPP003)

Eine häufige Schwierigkeit (27%) ist die langfristige Diagnosesicherheit: „(...) ist es eine Verunsicherung, oder ist es tatsächlich eine Geschlechtsdysphorie? Wie kann ich mir sicher werden, dass es (...) sich um eine Geschlechtsdysphorie handelt?“ (KJPP002). Ähnlich oft (23 %) bekundeten die Befragten, dass sie einen hohen (zeitlichen) Druck bei ihren Patient*innen, oder deren Sorgeberechtigten verspürten, oder sich sogar selbst von ihnen unter Druck gesetzt fühlten. „(...) die Patienten sind zu fordernd, sie möchten zu schnell eine Behandlung. Die lassen mir nicht genügend Zeit, dass ich zur Diagnosesicherheit komme.“ (KJPP025).

(23%) Fachärzt*innen schilderten einen Konflikt zwischen der Irreversibilität der Interventionen und den noch zu erwarteten Persönlichkeitsveränderungen. „Ich finde das ethisch sehr schwierig, Patienten in der Persönlichkeitsentwicklungsphase sowas zu bescheinigen und auch früh schon körpermedizinische Eingriffe durchzuführen.“ (KJPP0333)

Weitere Gesprächspartner*innen (17%) erwähnten, dass unabsehbare oder absehbare Nebenwirkungen der somatomedizinischen Behandlung eine Entscheidung für oder gegen eine Indikationsstellung zur somatomedizinischen Behandlung erschweren würden. „Und ja bei der (...) Hormontherapie versuche ich natürlich das hinauszuzögern, so lange wie möglich, weil (...) ich auch jetzt gelesen habe, seit es eben die Hormonblocker, da verschiedene

Knochenschädigungen, also Osteoporose und auch neurologische Sachen beeinflussen, Gedächtnis und (...) Konzentration, und das finde ich natürlich nicht gut, ne?“ (KJPP022)

4.3.1.4 Behandlungserfahrungen mit Detransition und Desistenz

KiÄ: Die Gruppe der Kinder- und Jugendärzt*innen konnte keine Angaben zu den Phänomenen Desistenz und Detransition bei Jugendlichen mit GI/GD machen, da sie als Primärversorgende die Jugendlichen nur bis zu ihrem 18. Lebensjahr sehen.

GD-EXP: Erfahrungen mit späteren Detransitionswünschen bei Patient*innen mit GI/GD, bei denen vor dem 18. Lebensjahr eine körpermedizinische Behandlung zur Unterstützung der Transition begonnen wurde, seien selten. 24 Expert*innen hätten ‚Keine Erfahrungen‘: „Bin ... über die Diskussion ... mehr als verwundert“ (EXPGD011) oder „Überhaupt nicht. Weil das ... rein formal nicht möglich ist. Bei uns ist mit 21 Schluss“ (EXPGD036). 16 Expert*innen hätten ‚wenige Erfahrungen‘ mit Detransitionswünschen: „Ein trans Junge, ... der ... eine Möglichkeit gesehen hat, non binär ... zu leben und deshalb die begonnene Hormonbehandlung nicht fortgesetzt hat ..., ein autistischer trans Junge ..., der sich weiter als Junge versteht, aber nach einem Jahr Hormonbehandlung für sich entschlossen hat, dass ihm das ... mit Stimmbruch genug männliche Attribute verliehen hat. Also eine richtige Detransition ... nicht ...“ im Sinne von: "Ja, das war alles falsch." (EXPGD039). ‚Viele Erfahrungen‘ gab es nur 1-mal in der Befragtengruppe.

KJPP: Ein Großteil (93%) der Befragten äußerten keine Erfahrungen mit Detransitionswünschen gemacht zu haben. Eine Person berichtete über 2 Fälle mit Detransitionswünschen. „Ja, (...) bei 2 Patient*innen war das der Fall [Detransitionswunsch], aber das habe ich dann nicht weiterverfolgt, weil die dann altersmäßig aus meiner Betreuung rausgewachsen sind.“ (EXPKJPP007)

7 von 30 (23%) der Kinder- und Jugendpsychiater*innen schilderten Fälle der Desistenz bei ihren Patient*innen beobachtet zu haben.

„Also ich hab natürlich Patienten, die unsicher sind, die zwar anfangs sagen, ich habe eine Geschlechtsinkongruenz, oder ich bin trans, und ich möchte mit meinem männlichen Vornamen angesprochen werden, wo aber das sich dann im Verlauf auch herausstellt, dass das also eher noch eine andere Geschichte war, oder ist (...)" (KJPP006)

„Nee, nur welche [Patient*innen] (...), die innerhalb von 15 bis 16 sich dann wieder umentschieden haben, wo aber nichts war, also kein Hormon, kein Anti-, also kein Blocker, nichts.“ (KJPP022)

4.3.1.5 Behandlungserfahrungen betreffend der psychischen Gesundheit von Jugendlichen mit GI/GD nach somatomedizinischen Interventionen

KiÄ: Auch zu diesem Punkt konnten die befragten KiÄ keine Angaben machen, da sie als Primärversorgende die Patient*innen nicht über das 18. Lebensjahr hinaus behandeln.

GD-EXP: Erfahrungen mit mittel- und langfristig ungünstigen psychischen Verläufen nach Beginn somatomedizinischer Interventionen‘ beschrieben 9 Expert*innen: „2 Patienten, bei denen unter Testo-Gabe das Konzentrationsvermögen und die Aufnahmefähigkeit so abgenommen haben, dass sie schulisch aus dem System geflogen sind" (EXPGD020). Dass vor Beginn der somatomedizinischen Intervention bestehende koinzidente psychische Störungen

wie z.B. Persönlichkeitsstörungen mit einem ungünstigen psychischen Verlauf positiv korrelieren könnten, wurde 19-mal erwähnt: „Dass die Jugendlichen nicht in der Lage sind, ... somatische Therapien ... compliant in Anspruch zu nehmen, ... Hormone nicht zum richtigen Zeitpunkt einnehmen, ... meistens Hand in Hand mit instabilen, psychosozialen Situationen. Auch mit Depressivität, Suchterkrankungen" (EXPGD034). „Keine Erfahrungen mit ungünstigen Verläufen“ gaben einige an (20%). Berichtet wurde auch über Jugendliche, die nach Beginn der Interventionen Entlastung erleben würden, ihren Alltag erfolgreicher bewältigen könnten und weniger psychische Schwierigkeiten hätten (22%).

KJPP: Der Großteil (77%) der Interviewpartner*innen sagten aus, dass sie keine Erfahrungen mit mittel- und langfristig ungünstigen Verläufen bezogen auf die psychische Gesundheit nach Beginn somatomedizinischer Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen gemacht hätten. 4 der Fachärzt*innen berichteten von einzelnen solcher Erfahrungen. „Ja, einige wenige Fälle, da war das dann wirklich schwierig, und wurde dann abgebrochen, pausiert und dann doch wieder angefangen und so.“ (EXPKJPP0025)

4.3.1.6 Fachliche Vernetzung und Kooperation

KiA: 46% der KiÄ bemängelten bei der Zusammenarbeit mit spezialisierten Beratungs- und Behandlungsangeboten eine unzureichende Rückmeldung. Um eine gute hausärztlich-pädiatrische Versorgung gewährleisten zu können, sei es wichtig, über den aktuellen Behandlungsstand gemeinsamer Patient*innen informiert zu werden. Insgesamt wurde die fachliche Vernetzung wie folgt befunden: 40% zufriedenstellend, 28% ausbaufähig und 12% schlecht.

GD-EXP: Die fachliche Vernetzung beurteilten 24 Expert*innen eher positiv, 6 heterogen und 9 eher negativ. 2 von 41 machten keine Angabe.

KJPP: Die Meinung der Stichprobe zur Qualität der fachlichen Vernetzung ist gespalten. Während die Hälfte der Befragten mit der fachlichen Vernetzung zufrieden sind, äußerten sich die andere Hälfte der Interviewpartner*innen als unzufrieden darüber:

„Ja, also die [fachliche Vernetzung] ist tatsächlich hier in [Stadt] gut, aber das haben wir ja auch eben selber erarbeitet durch den ortsansässigen Qualitätszirkel hier.“ (KJPP005).

„(...) Natürlich kooperiere ich (...) mit den Kliniken (...), wobei da die Kooperation zu diesem Thema ganz schlecht ist.“ (KJPP025)

4.3.1.7 Behandlungsbedarfe für eine adäquate Versorgung

KiA: 81% der befragten KiÄ äußerten einen Fortbildungsbedarf zum Thema Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter. Das bestehende Angebot sei insgesamt zu gering und müsse ausgebaut werden. Vorgeschlagen wurden kompakte, anwendungsbezogene Fortbildungsangebote mit folgenden Inhalten: schematisierte Handlungsempfehlungen für die Beratung in der Sprechstunde, grundlegendes fachliches Wissen und mögliche Anlaufstellen in der Umgebung. Hilfreich seien auch Fallvorstellungen und Berichte von praktizierenden Expert*innen (28%). Einige der interviewten KiÄ wünschten sich aktuelle und kompakte schriftliche Informationsmaterialien für Pädiater*innen (12%) oder zur Ausgabe an ihre Patient*innen (18%). Ebenso sei es notwendig, das Beratungsangebot für gender-nonkonforme Kinder und Jugendliche, Sorgeberechtigte und weitere Bezugspersonen auszubauen (65%). Dabei wurde die Notwendigkeit einer

niedrigschwelligen Grundversorgung betont. Es brauche eine möglichst neutrale Beratung, welche die anfängliche Findungsphase abdecke. Diese ergebnisoffene Beratung solle erfolgen, bevor an spezialisierte Behandlungsangebote verwiesen wird, um zu klären: „[...] brauchen die überhaupt so eine Spezialambulanz, oder ist das doch gar nicht das Thema?“ (Päd. 22). Die Beratungsangebote seien bestenfalls leicht zugänglich, zeitnah und ortsnahe verfügbar. Etwa 21% der KiÄ berichteten von Beispielen, bei denen ihrer Ansicht nach zu früh eine Indikation gestellt wurde oder äußerten die Befürchtung, spezialisierte Behandlungsstellen würden wohlmöglich nicht unvoreingenommen und ergebnisoffen agieren können, sondern „[...] die wissen schon, was der Patient hat, bevor sie ihn überhaupt gesehen haben“ (Päd. 4). Da das Internet oftmals eine erste Anlaufstelle für Betroffene sei, wurden zudem eine strengere fachliche Qualitätskontrolle bestehender Inhalte sowie der Ausbau von fachlich qualitätsgesicherten digitalen Informationsangeboten gewünscht (18%). Ebenfalls wichtig sei ein Ausbau der Kapazitäten bestehender Versorgungsangebote, wie beispielsweise spezialisierter Ambulanzen (28%). Insbesondere in Bezug auf psychotherapeutische Anbindungsmöglichkeiten wurden lange Wartezeiten bemängelt (25%).

GD-EXP: Zur Qualitätssicherung solle z.B. pädagogisch und medizinisch tätiges Personal geschult (46%) und die inter- und intradisziplinäre Zusammenarbeit ausgebaut werden (34%); Qualitätszirkel dienten hier häufig als Beispiel. Ein verbessertes Informationsangebot sei förderlich (32%). Speziell die Publikation der neuen AWMF-Leitlinie für das Kindes- und Jugendalter wurde von mehreren Expert*innen erwähnt und erwartet. Das Schulungsangebot solle ausgebaut werden (68%), insbesondere online. GI/GD müssten außerdem Bestandteil in der Ausbildung von z.B. psychologisch, psychiatrisch und pflegend Tätigen werden (22%). Flächendeckende Versorgung durch geschulte Behandelnde bzw. Verbesserung des quantitativen Versorgungsangebotes wurde gefordert (46%). Sinnvoll sei auch ein vereinfachter Zugang zu wissenschaftlich basierten Informationen (41%), z.B. durch offizielle Beratungsstellen, auch online, und Vorträge in Kliniken. Gruppenangebote jeglicher Art sollten ausgebaut werden (37%).

KJPP: Die Mehrheit (57%) der Interviewpartner*innen wünscht sich mehr Fortbildungsangebot zum Thema Geschlechtsdysphorie. *„Ich glaube es braucht einfach mehr Fortbildungen, weil ganz viele Psychotherapeuten sich an das Thema nicht herantrauen.“* (KJPP005). 10 Befragte wünschen keine zusätzliche Weiterbildung. *„(...) ich hab mich sehr viel damit beschäftigt in letzter Zeit, und hab jetzt nicht den Bedarf nach weiteren Weiterbildungen.“* (KJPP006). Über die Hälfte (53%) der Befragten plädierte für eine Verbesserung der GI/GD-spezifischen Versorgung mit besser zugänglichen Behandlungsangeboten, die ähnliche qualitative Standards erreichen. *„Wir sind (...) im ländlichen Raum. Wir haben da wirklich Schwierigkeiten eine wirklich gute Anbindung an Fachbereiche zu kriegen. Und das macht die Versorgung nicht ganz leicht.“* (EXPKJPP002). 12 von 30 Interviewte (40%) denken, dass mehr Aufklärungsarbeit, oder ein besseres Informationsangebot bzw. ein besserer Zugang zu diesem nötig sei. *„Also ich denke, dass der Beratungsbedarf dafür sehr, sehr hoch ist und wenn ich jetzt für den Raum [Stadt] gucke, ist es so, dass wir eigentlich, meines Wissens, eine Fachstelle dafür haben, die, glaube ich, dem Bedarf da nicht gerecht werden kann.“* (EXPKJPP012). Ein Drittel der Fachärzt*innen findet mehr psychosoziale Versorgungsangebote, wie Selbsthilfegruppen oder offizielle Vernetzungsmöglichkeiten wünschenswert. *„(...) was ich wichtig fände, wäre ebenso eine Gruppenarbeit, (...) wo die Patienten untereinander sich austauschen können. (...) Das würde ich ganz wesentlich finden. Auch therapeutisch geleitet (...)“* (EXPKJPP008).

4.3.2 Multiperspektivische Versorgungsforschung – Methoden und Ergebnisse der TRANS*KIDS-Studie

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse aus drei Publikationen des vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Projekts TRANS*KIDS¹ dargestellt. Die Ergebnisse entstammen der a.a.O. publizierten qualitativen Interviewstudien mit 10 behandlingssuchenden trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie mit 12 Sorgeberechtigten von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD zu deren jeweiligen Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen und Bedarfen an gesundheitlicher Versorgung (Brokmeier et al., 2022; Mucha et al., 2022) und der a.a.O. erscheinenden quantitativen Studie zu Erfahrungen von trans* Jugendlichen und Sorgeberechtigten im Gesundheitswesen (Höltermann et al., 2022). Angaben zur Soziodemografie der Teilnehmenden können Tabelle 33 entnommen werden.

Die 10 befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen berichteten explizit von Erfahrungen bei Behandelnden, die speziell aufgrund der Transidentität aufgesucht wurden (trans*-spezifische Inanspruchnahme bspw. Endokrinolog*in) sowie von Erfahrungen bei nicht speziell aufgrund der Transidentität aufgesuchten Behandelnden (nicht-trans*-spezifische Inanspruchnahme bspw. Zahnärzt*in). Psychotherapeut*innen/Psycholog*innen sowie Hausärzt*innen der Familien und Kinderärzt*innen stellten eine Zwischenposition dar, da diese häufig schon vor dem Aufkommen der GI/GD besucht, beziehungsweise als erste Anlaufstelle aufgesucht wurden. Dabei wurden durchweg heterogene Erfahrungen in den unterschiedlichsten Bereichen der Gesundheitsversorgung deutlich. Alle befragten Jugendlichen berichteten Situationen, in denen ihnen ein akzeptierender und wertschätzender Umgang von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen entgegengebracht wurde (Brokmeier et al., 2022). Bei den 10 befragten Sorgeberechtigten schilderten etwa die Hälfte positive Erfahrungen mit Behandelnden, die nicht spezialisiert im Bereich der GI/GD arbeiten, z.B. Hausärzt*innen oder Kinder- und Jugendärzt*innen in der Routineversorgung (Mucha et al., 2022). Die meisten befragten Sorgeberechtigten machten positive Erfahrungen mit trans*-spezifischen Behandelnden wie Endokrinolog*innen, Psychotherapeut*innen sowie in Spezialambulanzen (Mucha et al., 2022).

Insgesamt wurden von jungen Patient*innen und Sorgeberechtigten die Behandlungen dann als angenehm empfunden, wenn ein partizipativer Austausch auf Augenhöhe stattfand, eine Offenheit gegenüber Transidentität, gendersensible Sprache und Wissen über GI/GD vorhanden waren. Von den Jugendlichen wurde zudem als positiv wahrgenommen, wenn die Behandelnden Informationen und weitere relevante Akteur*innen und Ansprechpartner*innen nennen konnten und Unterstützung bei der Behandlung, z.B. durch Übernahme der regelmäßigen Hormoninjektionen, boten (Brokmeier et al., 2022).

11 der 12 befragten Eltern erlebten aber mindestens eine negative Erfahrung aufgrund der Transidentität ihres Kindes in verschiedenen medizinisch-psychologischen Fachbereichen, auch mit Expert*innen, wie Therapeut*innen für die prozessuale Begleitung der GI/GD oder Chirurg*innen, die brustchirurgische Eingriffe vornehmen. In Bezug auf nicht trans*-spezifische Behandlungssituationen schilderten die befragten Sorgeberechtigten

¹BMG Projekt TRANS*KIDS: „Förderung eines nicht-diskriminierenden Umgangs mit minderjährigen trans*Personen durch patientenorientierte Schulungsmaßnahmen im Gesundheitswesen“, Laufzeit (10/2019 bis 9/2022)

vergleichsweise detailliert und kritisch Erfahrungen in der kinderärztlichen Basisversorgung (Mucha et al., 2022): Manche Sorgeberechtigten fühlten sich im pädiatrischem Behandlungskontext nicht gehört bzw. nicht ernstgenommen. Es wurde zudem eine Unerfahrenheit und Unsicherheit von Kinder- und Jugendärzt*innen im Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen wahrgenommen (Mucha et al., 2022).

Neben der Unsicherheit und Unwissenheit der Behandelnden im Allgemeinen sahen sich die Sorgeberechtigten auch damit konfrontiert, dass der gewünschte Name und die Anrede des Kindes in der Interaktion mit Mitarbeitenden und Behandelnden nicht akzeptiert wurde. Die Erfahrung des so genannten Misgenderens führte bei den befragten Jugendlichen zu einem Gefühl, nicht verstanden zu werden, bis hin zu Hilflosigkeit (Brokmeier et al., 2022). Einige Jugendliche tolerierten jedoch die falsche Ansprache, wenn im Behandlungskontext ersichtlich war, dass keine böswillige Absicht der Behandelnden vorlag (Brokmeier et al., 2022). Auch stereotype und pathologisierende Aussagen, unangemessene und intrusive Kommentare oder Zuschreibung von Einflussnahme von außen durch Eltern oder Peers auf die Geschlechtsidentitätentwicklung wurden von den Jugendlichen und Sorgeberechtigten als aversive Erfahrungen berichtet (Brokmeier et al., 2022; Mucha et al., 2022). Die Hälfte der Jugendlichen schlussfolgerte aber, dass das von ihnen empfundene Fehlverhalten von einigen Behandelnden durch den Mangel an Wissen zustande komme. Die Befragten nannten Behandlungsabbrüche und -wechsel aufgrund unangemessenen Verhaltens der Behandelnden. Zudem wurde genannt, dass es generell, d.h. auch bei nicht trans*-spezifischen Gesundheitsproblemen Hemmungen gebe, zu Ärzt*innen oder Therapeut*innen zu gehen, ausgelöst durch die Befürchtung, abgelehnt und mit pathologisierenden Haltungen auf Seiten von Behandelnden konfrontiert zu werden.

In den qualitativen Interviews zeigte sich zudem, dass eine nicht-binäre Geschlechtsidentität ein Zustand ist, der bei Mitarbeitenden und Behandelnden im Gesundheitswesen Unsicherheit bis hin zu Unverständnis hervorruft (Mucha et al., 2022). Insbesondere durch die Gruppe der Sorgeberechtigten, teilweise auch durch die Jugendlichen, wurde von systemischen und strukturellen bürokratischen Hürden im Gesundheitssystem, im Besonderen bei den Krankenkassen, berichtet (Brokmeier et al., 2022; Mucha et al., 2022).

Die Ergebnisse der a. a. O. erscheinenden quantitativen Studie zu Erfahrungen von trans*Jugendlichen und Sorgeberechtigten im Gesundheitswesen (Höltermann et al., 2022) werden im Folgendem zusammengefasst. Für Angaben zur Soziodemographie der Teilnehmenden siehe Tabelle 33.

Tabelle 33: Soziodemografische Angaben der Teilnehmenden im Projekt TRANS*KIDS

Teiluntersuchung				
	Qualitative Interviews		Quantitative Umfrage	
Teilnehmende	Kinder und Jugendliche (n = 10)	Sorgeberechtigte (n = 10)	Sorgeberechtigte (n = 75)	Jugendliche (n = 299)
Alter <i>M(SD)</i>	16.60 (2.2)	13.3 ³	14.50 (4.71) ³	17.64 (1.93)

Geschlechtsidentität	n	n	n	n
weiblich	1	4 ⁴	22 ⁴	19
männlich	8	5 ⁴	52 ⁴	210
nicht-binär	1	1 ⁴	/	62
andere	/	/	1 ⁴	8

Anmerkung. ¹Brockmeier et al., 2022 und Mucha et al., 2022. ²Höltermann et al., 2022. ³mittleres Alter der gender-nonkonformen Kinder der Sorgeberechtigten. ⁴Geschlechtsidentität des Kindes

237 (79.3%) der befragten Jugendlichen hatten aufgrund ihrer GI Kontakt zum Gesundheitswesen. 93.9 % der trans* Jugendlichen gaben an, schon einmal angemessene und positive Erfahrungen im Gesundheitswesen erlebt zu haben. Lediglich 6.1 % berichteten, keine angemessenen und positiven Erfahrungen gesammelt zu haben.

Systematische Unterschiede in den Häufigkeiten negativer Erfahrungen insgesamt in trans*-spezifischer und in nicht trans*-spezifischer Inanspruchnahme zeigten sich nicht. Am häufigsten waren in beiden Inanspruchnahme-Situationen die Verwendung des falschen Pronomens (78.3% bzw. 80%) sowie Situationen, in denen die behandelnde Person die GI nicht glaubte (52.4% bzw. 50.2%). Behandlungsabbrüche und -verweigerungen wurden weniger berichtet (zwischen 1.1% und 11.7%).

Fast alle trans* Kinder der befragten Sorgeberechtigten (99.7%) hatten aufgrund ihrer GI Kontakt zum Gesundheitswesen. Bis auf eine sorgeberechtigte Person (1.4%) meinten alle Sorgeberechtigten (98.6%), schon einmal angemessene und positive Erfahrungen mit Mitarbeitenden des Gesundheitswesens erlebt zu haben

Die Häufigkeiten negativer Erfahrungen insgesamt in trans*-spezifischer und nicht trans*-spezifischer Inanspruchnahme unterschieden sich nicht signifikant. Die häufigsten Situationen im Rahmen trans*-spezifischer Inanspruchnahme (Aufsuchen der Person aufgrund der GI) war dabei mit 60,3% die Nutzung des falschen Pronomens, gefolgt von eingeschränkter Mitbestimmung (41.3%) Auch wurde die GI bei 21.9% als krankhaft bezeichnet und es kam in 20.5% der Fälle zu Behandlungsverweigerungen und in 6.8% zu einem Abbruch der Behandlung. Bei der nicht trans*-spezifischen Inanspruchnahme führend war ebenfalls die Nutzung des falschen Pronomens (75.3%), gefolgt von eingeschränkter Mitbestimmung.

5 Diskussion der Projektergebnisse

Im Rahmen des TRANSKIDS-CARE-Projektes konnte erstmals über komplementäre Ansätze eine umfangreiche Analyse der Versorgungsrealität und -bedarfe von Minderjährigen und jungen Erwachsenen mit GI/GD in Deutschland bereitgestellt werden. Diese Ergebnisse sind von höchster Relevanz für eine evidenzbasierte Gestaltung der Versorgung von GI/GD-Patient*innen und findet direkten Eingang in klinische Leitlinien.

5.1 TP 2: Epidemiologische Analysen

5.1.1 Inzidenz- und Prävalenzentwicklung

5.1.1.1 Prävalenzentwicklung

Daten des WDWH der BARMER zeigt sich ein stetiger Anstieg der Inanspruchnahme von Patient*innen mit GI/GD. Dies zeigt sich bei den Minderjährigen und den jungen Erwachsenen in einer ähnlichen Kinetik. Ein Anstieg der Behandlungszahlen ist kein jugendspezifisches Phänomen und nicht auf das Geburtsgeschlecht oder das Alter zurückzuführen.

5.1.1.2 Inzidenzentwicklung

Ein Anstieg der Inzidenzen konnte bei der Datenlieferung bei den Minderjährigen nicht festgestellt werden, bei den Erwachsenen GI/GD-Patient*innen war ein Rückgang für den kurzen 3-Jahres-Zeitraum 2018-2020 zu verzeichnen. Dieser ist überwiegend auf einen Rückgang der Inanspruchnahme der geburtsgeschlechtlich weiblichen Patient*innen zurückzuführen. In den Daten des WDWH lässt sich für den 12-Jahres-Zeitraum von 2010 bis 2021 jedoch ein stetiger Anstieg beobachten, sowohl bei den Minderjährigen, als auch bei den Erwachsenen. Dieser Anstieg ist bei den Erwachsenen und auch bei den Minderjährigen unabhängig von ihrem Geburtsgeschlecht. Der Unterschied zwischen den beiden Datenquellen ist primär darauf zurückzuführen, dass, sicher auf aufgrund der COVID-19-Pandemie, im kurzen Zeitraum zwischen 2018 und 2020 mehrere gegenläufige Prozesse dazu führten, dass keine Änderung ersichtlich war, auch wenn die langfristige Tendenz eines Anstiegs weiteranhält.

5.1.2 Somatomedizinische Interventionen

5.1.2.1 Anteil der Hormonbehandlungen

Die prozentualen Anteile der Personen mit prävalenter oder inzidenter GI/GD-Diagnose, die eine Hormonbehandlung wahrnehmen, fallen in der Datenlieferung für Erwachsene erwartungsgemäß höher aus als für Minderjährigen. Hierbei nehmen bei den Minderjährigen mehr geburtsgeschlechtlich weibliche Personen Hormone als männliche, bei den Erwachsenen ist das gegenteilige zutreffend. Bei Betrachtung der 2 Jahre nach einer GI/GD-Erstdiagnose sind die Ergebnisse ähnlich; geburtsgeschlechtlich männliche Erwachsene nehmen anteilig häufiger Hormone ein als geburtsgeschlechtlich männliche Minderjährige, bei den geburtsgeschlechtlich weiblichen Personen kann kein signifikanter Unterschied zwischen den Erwachsenen und Minderjährigen festgestellt werden. Insgesamt zeigt sich deutlich, dass die gewählte sensitive Definition einer GI/GD-Diagnose über ICD-Codes dazu führt, dass ein großer Teil der prävalenten und inzidenten GI/GD-Diagnosen in der Folge nicht hormonell behandelt wird, sondern ohne somatomedizinische Folgebehandlungen auskommt. Dies zeugt einerseits davon, dass die in Leitlinien geforderte umfangreiche individuelle Abwägung der Einleitung somatomedizinischer Therapien auch tatsächlich in der Praxis so umgesetzt wird, könnte andererseits aber auch auf mögliche Versorgungslücken hinweisen.

Zieht man zur Interpretation der o.g. Ergebnisse die epidemiologischen Daten der Zensus-Erhebung von England und Wales dazu (Office for National Statistics, 2023) in der die Gesamtbevölkerung ab 16 Jahren u.a. nach ihrer Geschlechtsidentität gefragt wurde, ist

anzunehmen, dass es in einer westeuropäischen Bevölkerung bei einem transgeschlechtlichen Identitätsempfinden weder bei Jugendlichen noch bei Erwachsenen nennenswerte Häufigkeitsunterschiede zwischen den beiden Geschlechtsgruppen (nach Geburtsgeschlecht) gibt. Demnach können die berichteten Ergebnisse einer ungleichen Sex Ratio, die im Vergleich der Altersgruppen zueinander gegenläufig ist (d.h. mehr geburtsgeschlechtlich weibliche Jugendliche mit GI/GD-Diagnosen nehmen Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch im Vergleich zu mehr geburtsgeschlechtlich männlichen Erwachsenen mit GI/GD, am plausibelsten mit einer zwischen den Geschlechtsgruppen unterschiedlichen Alterskinetik des Inanspruchnahmeverhaltens erklärt werden, hinter dem entsprechende Unterschiede im sozialen Coming-Out von trans* Personen stehen. In anderen Worten: Trans weibliche Personen beginnen im Durchschnitt häufiger ihre soziale und medizinische Transition erst im Erwachsenenalter, während trans männliche Personen ihre soziale und medizinische Transition zunehmend häufiger bereits im Jugendalter beginnen. Die dahinterstehenden geschlechtsabhängigen Unterschiede bei inneren und äußeren Hemmnissen für eine Transition und in Folge das Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Leistungen, sind am ehesten gesellschaftlich bzw. soziokulturell bedingt und können mit der Methodik dieses Forschungsprojekt nicht näher untersucht werden.

5.1.2.2 Häufigkeit geschlechtsangleichender Operationen

Bei einer sehr geringen Anzahl an Minderjährigen, die eine Hormontherapie begonnen haben, wurde eine geschlechtsangleichende Operation durchgeführt. Bei Erwachsenen war die Durchführung einer geschlechtsangleichenden Operation deutlich häufiger. Auch dies entspricht den Erwartungen. Die absolute Zahl an chirurgischen Eingriffen bei Minderjährigen ist allerdings so klein, dass weiterführende Analysen aus Datenschutzgründen nur sehr eingeschränkt möglich ist.

5.1.3 Psychiatrische Begleitdiagnosen

In beiden Datenquellen ist kein Rückgang der psychischen Begleitdiagnosen in den zwei Quartalen nach einer Hormonverordnung zu erkennen.

Da Abrechnungsdaten als Grundlage für diese Analysen genutzt werden, kann hier keine kausale Schlussfolgerung gezogen wird. Gerade zu Beginn einer Hormonbehandlung werden regelmäßige psychiatrische Facharzttermine geplant, so dass hier Begleitdiagnosen um den Zeitpunkt der Hormonvergabe kodiert und abgerechnet werden, auch wenn sie aktuell nicht behandlungswürdig sind.

5.1.4 Behandlungsabbrüche bei begonnener Hormontherapie

5.1.4.1 Häufigkeit von Hormontherapieabbrüchen

Mögliche Bedenken zu Behandlungsabbrüchen vor allem bei minderjährigen Patient*innen konnten im Rahmen dieser Analyse nicht bestätigt werden. Es zeigte sich kein Unterschied zwischen Jugendlichen und Erwachsenen. Aufgrund des begrenzten Anteils an Personen mit Nachbeobachtungszeit von mehreren Jahren (der Großteil der GI/GD-Diagnosen tritt wie oben beschreiben erst in den späteren Jahren des Beobachtungszeitraums auf), sind gerade die langfristigen Untersuchungen allerdings mit hoher Unsicherheit verbunden. Nur sehr wenige minderjährige GI/GD-Patient*innen erreichen eine Nachbeobachtungszeit von mehr als 2 Jahren nach Beginn einer Hormontherapie. Die Personen, die diese Beobachtungszeit

erreichten, waren Personen, die in einer Zeit mit weniger klaren Behandlungsstandards und Leitlinien ihre Hormontherapie begonnen hatten, und sind damit nicht repräsentativ für GI/GD-Patient*innen, die heute eine Hormontherapie neu beginnen.

Auf der Grundlage von Versichertendaten kann keine Aussage zu den Gründen für Abbrüche von Hormonbehandlungen vorgenommen werden. Abbrüche von Hormonbehandlungen sind multifaktoriell, d.h. sie können infolge mangelnder Adhärenz auftreten, aufgrund von Nebenwirkungen, aufgrund von Fehlen eines weiteren Behandlungsbedarf (z.B. das Patient*innen mit den erreichten Veränderungen durch eine Hormontherapie zufrieden sind oder dass eine Detransition vorliegt) oder aus dem simplen Grund, dass der Patient*in die Krankenkasse gewechselt hat. Bei Detransitionen werden bisher begonnene Transitionsschritte nicht weiter geführt bzw. rückgängig gemacht. Detransitionsverläufe sind vielfältig und können aufgrund externer Faktoren (z.B. Stigmatisierung durch soziales Umfeld) oder durch innere Faktoren (Änderung der Geschlechtsidentität) verursacht werden (Expósito-Campos et al. 2024; Turban et al., 2021). Um hier zu differenzierten Aussagen zu kommen, bedarf es prospektiver Kohortenstudien, bei denen die Varianz aller Umstände, die zu einer Nicht-Fortsetzung einer begonnenen Hormonbehandlung führe können, durch direkte Befragung von Patienten u./o. Behandlern abgebildet werden kann.

5.1.4.2 Einflussfaktoren für Hormontherapieabbrüche

Sowohl das Geschlecht von Patient*innen als auch, ob Patient*innen bei Hormonverordnung psychische Begleitdiagnosen hatten, hatte einen Einfluss darauf, inwieweit Patient*innen ihre Hormonbehandlung fortsetzen. Geburtsgeschlechtlich männliche Patient*innen brachen eher eine Hormontherapie ab.

5.1.5 Strukturqualitätsmerkmale

5.1.5.1 Strukturqualität vor und nach Hormonbehandlungsbeginn

Die Aufteilung in Strukturqualitäten unterscheidet sich zwischen Erwachsenen und Minderjährigen, jedoch ließ sich kein Unterschied zwischen den Zeitpunkten vor und nach Hormonbeginn feststellen.

5.1.5.2 Strukturqualität und Behandlungsabbrüche

Ein Zusammenhang zwischen Behandlungsabbrüchen und der Strukturqualität konnte aufgrund des kürzeren Beobachtungszeitraums in der Datenlieferung nicht zielführend untersucht werden.

5.1.5.3 Strukturqualität und psychiatrische Morbiditätslast

Ob minderjährige Patient*innen weitere psychotherapeutische Diagnosen zu ihrer GD-Diagnose erhalten haben, war nicht abhängig von der Strukturqualität in den Institutionen, in denen sie bis zu zwei Quartale vor ihrer Erstverordnung behandelt wurden. Erwachsene Patient*innen, die unter Strukturqualität A behandelt wurden, zeigten hingegen seltener weitere psychische Diagnosen.

5.2 TP 3: Gesundheitsökonomische Analysen

Die zentralen Projektergebnisse des Teilprojekts 3 werden im Folgendem diskutiert:

5.2.1 Mehrkosten und deren Entwicklung im Zeitverlauf in der Versorgung im Jahr 2019 für 4- bis 30-jährige Versicherte mit prävalenten F64/F66-Diagnosen

Prävalente GI/GD-Fälle im Alter 4 bis 30 Jahren hatten im Durchschnitt einen deutlich höheren Ressourcenverbrauch und höhere Kosten im Vergleich zu nach Alter, Geburtsgeschlecht und Bezirkstyp balancierten Kontrollen. Die durchschnittlichen Gesamtkosten in der GI/GD-Gruppe lagen in den Jahren 2018, 2019 und 2020 zwischen 5500 und 6000 € und in der Kontrollgruppe bei rund 1000 €. Der Unterschied zwischen den Gruppen wurde in allen Kostensektoren beobachtet und wies nur geringe Unterschiede zwischen den Jahren auf.

Im Jahr 2019 lagen die durchschnittlichen Gesamtgesundheitskosten von Personen mit GI/GD um 4843 € (95%-KI [4306 €; 5380 €]) über denen der nach Alter, Geburtsgeschlecht und Bezirkstyp balancierten Kontrollgruppe. 64% dieser Differenz entfielen auf stationäre Krankenhausaufenthalte. 50% der Gesamtkostendifferenz entfiel auf die psychiatrische Versorgung. Es ist auch anzumerken, dass stationäre psychiatrische und somatische Krankenhausaufenthalte zwar am meisten zu der Kostendifferenz beitrugen, aber nur eine Minderheit der Personen mit prävalenter GI/GD stationäre Krankenhausaufenthalte hatte. Im Gegensatz dazu erhielt die Mehrheit eine ambulante psychiatrische Behandlung, mit einem besonders hohen Anteil an Nutzern in der Altersgruppe 13 bis 17 Jahre. Darin spiegeln sich möglicherweise die derzeitigen Behandlungsmuster (z. B. die Anforderung einer mindestens 18-monatigen Psychotherapie, um für die Erstattung medizinischer geschlechtsangleichender Behandlungen in Frage zu kommen) und der Therapiebedarf bei koinzident auftretenden psychischen Störungen dieser Gruppe wider.

5.2.2 Mehrkosten und deren Entwicklung im Zeitverlauf in der Versorgung im Jahr 2019 für 4- bis 30-jährige Versicherte mit prävalenten F64/F66-Diagnosen und spezifischer Hormonbehandlung

Der Unterschied bei den Gesamtkosten war ähnlich, wenn der Vergleich auf Personen mit GI/GD beschränkt wurde, die eine Hormontherapie erhielten. Obwohl der Unterschied in den Gesamtkosten beim Vergleich dieser GI/GD-Untergruppe mit den Kontrollen ähnlich war (+5181 €, 95%-KI [4391€; 5972 €]), variierten die Anteile der Kostenbereiche an der Gesamtkostendifferenz: Psychiatrische Kosten machten nur 29% der Kostendifferenz aus, während somatische Kosten eine größere Rolle spielten. Außerdem war der Anteil der Personen, die zu den durchschnittlichen somatischen stationären Kosten beitrugen, etwas höher als in der Gesamtgruppe der Personen mit GI/GD. Dies könnte einen geschlechtsbestätigenden Behandlungspfad widerspiegeln, d. h. Personen, die mit der Einnahme von geschlechtsbestätigenden Hormonen begonnen haben, neigen möglicherweise eher zu chirurgischen körperverändernden Eingriffen, was sich dann in höheren somatischen Krankenhauskosten niederschlägt.

Im Falle einer Balancierung für psychiatrische Diagnosen verringerte sich der Kostenunterschied beträchtlich. Dies kann darauf hindeuten, dass ein großer Teil des

Kostenunterschieds zwischen den Gruppen auf die Behandlung gleichzeitiger psychiatrischer Erkrankungen zurückzuführen ist, die bei Personen mit GI/GD häufiger vorkommen als bei Kontrollpersonen. Diese erhöhte Prävalenz wird häufig mit geschlechtsdysphorischen Beschwerden im Zusammenhang mit körperlichen Geschlechtsmerkmalen sowie mit erlebtem Minderheitenstress von Personen mit GI/GD erklärt. Somit würde die Kontrolle für psychiatrische Erkrankungen die tatsächlichen Kosten im Zusammenhang mit GI/GD möglicherweise unterschätzen, da gleichzeitige psychiatrische Erkrankungen als partielle Mediatoren der mit GI/GD verbundenen Kosten angesehen werden könnten. Die Nichtberücksichtigung gleichzeitiger psychiatrischer Erkrankungen könnte jedoch auch zu einer Überschätzung der mit GI/GD verbundenen Kosten führen, da die zeitlich-kausale Richtung des Zusammenhangs zwischen GI/GD und psychiatrischen Störungen nicht vollständig geklärt ist (z. B. kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige Personen GI/GD als Reaktion auf vorangegangene psychische Belastungen/Zustände entwickeln). Ausgehend von diesen Überlegungen ist es wichtig, intensiver zu untersuchen, welche Auswirkungen geschlechtsspezifische Behandlungen auf das Auftreten psychischer Störungen und die damit evtl. verbundenen Gesundheitskosten bei Menschen mit GI/GD haben.

5.2.3 Mehrkosten und deren Entwicklung im Zeitverlauf in der Versorgung für 4- bis 30-jährige Versicherte mit inzidenter F64/F66-Diagnosen

Bezüglich der Gesamtkosten bestanden Mehrkosten von 3286 € im Jahr der Inzidenz (Kalenderjahr 2019) und 2400 € im darauffolgenden Kalenderjahr 2020. Daraus ergibt sich ein relatives Absinken der Gesamtkosten in der GI/GD-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe um knapp 890 € im Kalenderjahr nach der Inzidenz. Der Hauptanteil der Mehrkosten geht auf die stationären Krankenhauskosten zurück, auf die im Jahr der Inzidenz Mehrkosten von 2312 € und im folgenden Jahr von 1107 € entfielen, also mit einem Rückgang um 1200 € von 2019 auf 2020. Die Mehrkosten waren insbesondere auf stationäre Krankenhausaufenthalte in Psychiatrie/Psychosomatik zurückzuführen, welche im Kalenderjahr nach der Inzidenz (2020) nur noch etwa halb so hoch waren wie im Jahr der Inzidenz (2019).

5.2.4 Mehrkosten und deren Entwicklung im Zeitverlauf in der Versorgung für 4- bis 30-jährige Versicherte mit prävalenter F64/F66-Diagnosen und inzidenter spezifische Hormonbehandlung

Im Vergleich zur Kontrollgruppe von Versicherten mit prävalenter GI/GD-Diagnose ohne inzidente Hormontherapie bestanden bei Versicherten mit prävalenter GI/GD-Diagnose und inzidenter Hormontherapie Mehrkosten von insgesamt nicht-signifikanten 303 € im Jahr des Beginns der Hormontherapie (Kalenderjahr 2019) und signifikanten 1765 € im darauffolgenden Kalenderjahr 2020. Es gab also ein relatives Ansteigen der Gesamtkosten in der GI/GD-Gruppe mit inzidenter Hormontherapie im Vergleich zur Kontrollgruppe um 1462 € im zweiten Jahr nach Beginn der Hormontherapie. Dieser Anstieg der Kostendifferenz war insbesondere auf somatische stationäre Krankenhausleistungen mit einem Effekt von 1340 € zurückzuführen. Die somatische Medikation hatte einen zeitlich annähernd konstanten Effekt von 361 € im Jahr der Inzidenz und 397 € im Folgejahr.

5.2.5 Einfluss patientenbezogener Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen etc.) bei Behandlungsbeginn auf die Kosten und Zusammenhänge zwischen der Strukturqualität der psychischen Gesundheitsversorgung und den Versorgungskosten bei den Versicherten mit spezifischer Hormongabe

Es zeigte sich insbesondere ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und den Gesamtkosten der Versorgung: Im Vergleich zu den 13- bis 17-Jährigen hatten die 18- bis 24-jährigen um jährlich -2775 € und die 25- bis 30-Jährigen um jährlich -1261 € niedrigere Gesamtkosten als die 13- bis 17-Jährigen. Im Vergleich zu städtischen Kreisen waren die Versorgungskosten in ländlichen Kreisen und dünn besiedelten Kreisen um -1371 € bzw. -1277 € pro Jahr niedriger. Weibliche Versicherte hatten höhere psychiatrische stationäre Krankenhauskosten von 1149 €, während das Vorliegen einer F-Diagnose mit zusätzlichen Gesamtkosten von 1714 € und stationären psychiatrischen/PT-Krankenhauskosten von 1510 € assoziiert war. Statistisch signifikante Effekte sind am stärksten ausgeprägt bei Strukturqualität B im ambulanten Sektor zu erkennen. Hierbei sind es vor allem Psychiatrische/PT-Kosten, die im Falle der ambulanten Arztkosten signifikant um 501 € pro Jahr höher und im Falle der ambulanten Krankenhauskosten um -573 € pro Jahr niedriger liegen als in Einrichtungen der Strukturqualität A. Die durchschnittlichen jährlichen Kosten bei Strukturqualität C sind im ambulanten Krankenhaus um -464 € und hierbei wiederum im psychiatrischen Bereich um -604 € signifikant niedriger sowie im Sektor der Medikamente um 410 € signifikant höher als bei Strukturqualität A.

5.3 TP4: Klinische Bedarfsanalysen

Im Folgenden werden die Ergebnisse im Hinblick auf die zentralen Fragestellungen von TP 4 diskutiert.

5.3.1 Strukturelle Merkmale und regionale Verteilung spezialisierter medizinischer und psychosozialer Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche mit GI/GD

Zum Zeitpunkt des Projektstarts gab es sechs Spezialambulanzen für Kinder und Jugendliche mit GI/GD und ca. 90 niedergelassene kinder- und jugendpsychiatrisch und/oder kinder- und jugendpsychotherapeutisch tätige Behandelnde in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD. Deutlich wird, dass die Versorgung regional divers ist. In 5 von 16 Bundesländern gibt es keine spezifischen Versorgungsangebote für diese Zielgruppe, in den Bundesländern Brandenburg und Thüringen nur jeweils ein spezialisiertes Versorgungsangebot. Neben einem deutlichen Ost-West-Gefälle in der Versorgung wird auch ein Stadt-Land-Gefälle ersichtlich. Um allen Kindern und Jugendlichen mit GI/GD und ihren Familien einen gleichberechtigten Zugang zu qualifizierten Versorgungsangeboten zu ermöglichen ist ein Ausbau der Versorgungsstruktur dringend nötig. So ist dies über die Schulung von niedergelassenen Behandelnden denkbar oder über die Implementierung neuer Versorgungsmodelle wie z.B. Blended Care (Kombination von face-to-face Psychotherapie mit onlinebasierten Modulen) möglich.

5.3.2 Anliegen und Bedarfe behandlingssuchender Kinder und Jugendlicher mit GI/GD du ihren Sorgeberechtigten

Offener Umgang mit GI/GD und konkrete Vorstellungen der Minderjährigen seien grundlegende Merkmale des qualitativ veränderten Bedarfs in den letzten 10 Jahren aus Sicht der befragten Behandelndengruppen.

Die berichteten Aufgabenbereiche durch die geäußerten Anliegen der Patient*innen in der Praxis der KiÄ umfassten die fachliche Beratung, emotionale Unterstützung, Überweisung und Koordination weiterer Diagnostik- und Behandlungsschritte.

Aus Sicht der befragten KJPP wurde besonders häufig von Patient*innen der Wunsch nach psychotherapeutischer Begleitung und körpermedizinischer Behandlung oder Indikationsstellungen gegenüber den Behandelnden genannt.

Die GD-EXP sahen sich sind Anlaufstelle für somatomedizinische Indikationsstellungen, insbesondere hormonelle Interventionen, begleiten eine ergebnisoffene Entscheidungsfindung im geschützten Raum und erstellen Gutachten.

5.3.3 Vorerfahrungen von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD und ihren Sorgeberechtigten

Da die KiÄ Primärversorgende sind und somit eine erste Anlaufstelle für Kinder, Jugendliche und ihre Familien darstellen, konnte diese Berufsgruppe keine Angaben zu den Vorerfahrungen ihrer Patient*innen im Gesundheitswesen machen. GD-EXP und KJPP berichteten jedoch von vorrangig negativen Vorerfahrungen ihrer minderjährigen Patient*innen und deren Familien. So berichteten sie von Vorerfahrungen, wo die GI/GD ihrer Patient*innen nicht ernst genommen worden sei, die Familien auf Unverständnis bis hin zu offener Ablehnung und Behandlungsverweigerungen gestoßen sei. Auch von Therapien, die die GI/GD ignorieren oder unbehandelt lassen oder auch Behandlungsabbrüche wegen GI/GD seien den Behandelnden bekannt. Aus ihrer Sicht führe das mangelnde Wissen und die unzureichende Fachkenntnis zu Berührungängsten bis hin zu diskriminierendem Fehlverhalten auf fachlicher Seite. Andererseits berichteten die GD-EXP und KJPP auch von Vorerfahrungen, die vorschnelle Indikationsstellungen und mangelnder Aufklärung bzgl. operativer Eingriffe betreffen. Positiv erlebt werden engagierte Fachkräfte, die verständnisvoll mit dem Thema GI/GD umgehen und Minderjährigen wertschätzend gegenüberstehen.

5.3.4 Schwierigkeiten und Herausforderungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD

Die Begleitung und Behandlung gender-nonkonformer Kinder und Jugendlicher ist medizinethisch komplex, die befragten Behandelnden sind sich dieser hohen Verantwortung durchweg bewusst und nannten als größte Herausforderungen das junge Alter der Betroffenen und das Dilemma zwischen der fortschreitenden Reifeentwicklung im Jugendalter und der Irreversibilität somatomedizinischer Maßnahmen. Spezifische, interdisziplinäre Fortbildungen für den Bereich Trans*Gesundheit im Allgemeinen und insbesondere Zertifizierungskurse für somatomedizinische Indikationsstellungen werden dringend benötigt.

Die genannten Herausforderungen in der Diagnostik und Behandlung gender-nonkonformer Kinder und Jugendlicher können die aktuelle Unterversorgung in diesem Bereich teilweise erklären. Anerkannte Leitlinienstandards sind dringend erforderlich. Vor diesem Hintergrund ist die neue S2k-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter“, die von 25 beteiligten medizinischen und psychotherapeutischen Fachorganisationen und 2 Patient*innenvertretungsorganisationen konsentiert wurde, ein wichtiger Fortschritt für die Versorgung (DGKJP, 2025).

5.3.5 Behandlungserfahrungen mit Detransition und Desistenz

Keine bis vereinzelte Detransitionserfahrungen wurden geschildert. Desistenzenerfahrungen, die Rücknahme eines sozialen Rollenwechsels, kamen im Vergleich etwas häufiger vor. Diese Beobachtungen decken sich mit der niedrigen Rate von Detransitionen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter, die bisher in Studien berichtet wurden (1.6-5.3%) (Butler et al., 2022; Gupta et al., 2023; van der Loos et al., 2022).

5.3.6 Behandlungserfahrungen betreffend der psychischen Gesundheit von Jugendlichen mit GI/GD nach somatomedizinischen Interventionen

Die Hälfte der KJPP und fast alle der GD-EXP berichten über eine hohe Zufriedenheit und psychische Entlastung von Patient*innen, die sie begleitet haben und die im Jugendalter Zugang zu somatomedizinische Maßnahmen hatten. Die befragten KiÄ konnten hierzu hingegen keine nennenswerten bisherigen Erfahrungen berichten. Ein Fünftel der GD-EXP berichtete über vereinzelte Jugendliche, die mit dem Outcome medizinischer Behandlungen nicht zufrieden waren. Die Gründe dafür lagen aus ihrer Sicht in unrealistischen Erwartungen, unvorhergesehenen Nebenwirkungen oder Komplikationen hormoneller oder chirurgischer Eingriffe. Als ein ungünstig wirkender Faktor auf mittel- und langfristig ungünstige Verläufe bezogen auf die psychische Gesundheit wurden von der Hälfte der GD-EXP vorbestehende koinzidente psychische Störungen genannt. Koinzidente psychische Störungen müssen bei einer GI/GD unbedingt diagnostiziert und leitliniengerecht behandelt werden (DGKJP, 2025).

5.3.7 Fachliche Vernetzung und Kooperation

Das Urteil zur fachlichen Vernetzung fällt unter den Behandelnden heterogen aus. Die Hälfte der KiÄ wünscht sich einen Ausbau der Vernetzung von pädiatrischer und spezialisierter Versorgung. Ein Viertel der KiÄ berichtete zudem, über Schwierigkeiten, Patient*innen an spezialisierte Anlaufstellen im psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereich anzubinden. Ein Viertel der KiÄ, und mindestens die Hälfte der KJPP und GD-EXP fordern einen Ausbau der GI/GD-spezifischen Versorgung. KiÄ und GD- EXP wünschen sich jedoch auch niedrigschwellige, wohnortnahe spezifische Beratungsstellen.

5.3.8 Behandlungsbedarfe für eine adäquate Versorgung

Es wurde ein hoher Schulungs- und Weiterbildungsbedarf aus Sicht von KiÄ. KJPP und GD-EXP geäußert. Die Befragten wünschen sich mehr (Online-)Fortbildungen zum Thema für alle Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, aber auch für pädagogisches Personal. Viele äußern den Wunsch nach einem (interdisziplinären) Austausch, z.B. durch Qualitätszirkel. Alle befragten kinder- und jugendpsychiatrisch und -psychotherapeutisch tätigen

Behandelndengruppen regen zudem an, dass die minderjährigen Patient*innen und ihre Familien einen vereinfachten Zugang zu wissenschaftlich basierten, qualitativ hochwertigen Informationen haben sollten. KJPP und GD-EXP weisen zudem auf die Wichtigkeit des Ausbaus psychosozialer Versorgungsangebote, wie Selbsthilfegruppen hin (ebd.).

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

6.1 Verwendung der epidemiologischen Ergebnisse nach Ende der Förderung

Aus den Ergebnissen der epidemiologischen Analysen lässt sich ableiten, dass die Häufigkeit der Diagnose GI/GD in den letzten Jahren bei jungen Erwachsenen und Minderjährigen unabhängig vom Geburtsgeschlecht zugenommen hat. Obwohl vermutet wurde, dass die Diagnose GI/GD vor allem bei Minderjährigen zunimmt und diese Gruppe auch häufig Hormone verschrieben bekommen möchten, könnten wir in beiden Altersgruppen einen Anstieg der Diagnosen feststellen und feststellen, dass Hormonbehandlungen deutlich häufiger bei Erwachsenen vorkommen, vor allem bei geburtsgeschlechtlich weiblichen Personen. Ebenso unterscheidet sich die Abbruchrate nicht signifikant zwischen Erwachsenen Patient*innen und Minderjährigen. Des Weiteren konnte ein Einblick in die weitere psychotherapeutische Inanspruchnahme von GI/GD-Patient*innen gegeben werden.

Diese Ergebnisse werden aktuell in der neuen S3-Leitlinie für die Versorgung von GI/GD-Patient*innen verwendet und finden zusätzlich Eingang in klinische Versorgungsempfehlungen. Sie bieten zudem die Basis für die Entwicklung moderner Versorgungsformen, die in Zukunft für GI/GD-Patient*innen evaluiert werden können.

6.1.1 Limitationen Epidemiologische Analysen

Die epidemiologischen Analysen basieren auf der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen von GI/GD-Patient*innen in Deutschland. Es ist möglich, dass viele Personen, die eine GI/GD-Diagnose entsprechend den beschriebenen Kriterien aufweisen, nicht in dauerhafter medizinischer Behandlung sind, so dass die Anzahl an GI/GD-Patient*innen in unseren Analysen die tatsächliche Versorgungsrealität unter Umständen überschätzt.. Durch Kombination von F64 und F66-Codes zur Diagnosestellung wurde ein sehr sensitiver Ansatz gewählt, der zum Ziel hatte, eine möglichst breite Basis an Patient*innen einzuschließen. Dies führt gleichermaßen dazu, dass auch Patient*innen mit unspezifischeren Diagnosen in dieser Analyse untersucht werden. Begrenzt man die Studienpopulation nur auf Personen mit F64-Diagnose, erhöht sich der Anteil an Hormontherapien z.B. deutlich, was zeigt, dass F64-Diagnosen eher im Zusammenhang von Spezialambulanzen vergeben werden.

Das abgebildete Geschlecht in dieser Studie ist nur bedingt durch die Datengrundlage definierbar, da teilweise das Geschlecht bereits administrativ geändert sein könnte. Wir haben versucht, das Geburtsgeschlecht durch die bereits erfolgte Behandlung zu korrigieren soweit dies möglich war, dennoch kann hierbei nicht sicher beurteilt werden, ob die Variable des korrigierten Geburtsgeschlechts bei allen Personen valide ist.

6.2 Verwendung der gesundheitsökonomischen Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Analyse deuten darauf hin, dass die jährlichen medizinischen Versorgungskosten von Personen mit GI/GD im Alter von 4 bis 30 Jahren die

Kosten der Kontrollgruppe deutlich übersteigen. Die Nicht-Behandlung von Personen mit GI/GD könnte jedoch langfristige gesundheitliche und wirtschaftliche Folgen haben, die auch über das Gesundheitssystem hinausgehen können. Angesichts der zunehmenden Prävalenz und Inzidenz und der kontrovers geführten Diskussion über die Versorgungspraxis bleibt es jedoch wichtig, die langfristigen Auswirkungen verschiedener Versorgungsoptionen für Menschen mit GI/GD auf Gesundheit und Kosten in qualitativ hochwertigen Studien zu untersuchen und objektiv zu berichten.

6.2.1 Limitationen Gesundheitsökonomische Analysen

Es sollten einige Einschränkungen sowie zukünftige Forschungsperspektiven hervorgehoben werden, die sich aus der vorliegenden Studie ableiten lassen. Die aktuelle Studie basiert auf Leistungsdaten von 2 großen gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Dies bedeutet, dass einige Personen, die nach dem neuen ICD-11-Diagnosecode (HA6X) als geschlechtsinkongruent eingestuft werden könnten, möglicherweise nicht erfasst wurden, wenn sie die diagnostischen Kriterien für ICD-10-Diagnosen im Zusammenhang mit GI/GD nicht erfüllten. Darüber hinaus könnte die Anwendung des empfohlenen M2Q-Kriteriums zur Identifizierung von Fällen in den ökonomischen Analysen zu einer Unterschätzung der prävalenten Fälle von Personen mit GI/GD geführt haben. Folglich repräsentieren die Ergebnisse möglicherweise nur teilweise die Gesamtpopulation von Personen mit GI/GD im Alter von 4 bis 30 Jahren, und die Kostenperspektive war auf die der Kostenträger im Gesundheitswesen beschränkt. Eine Auswirkung der COVID-19-Pandemie auf den Ressourcenverbrauch und die Kosten im Kalenderjahr 2020 von Personen mit und ohne GI/GD kann nicht ausgeschlossen werden. Aus diesem Grund beziehen sich die meisten in dieser Studie berichteten Ergebnisse auf das Kalenderjahr 2019. Die Gruppe der Personen mit GI/GD, insbesondere die Untergruppe im Alter von 4 bis 12 Jahren war im Vergleich zur Kontrollgruppe sehr klein, was die Aussagekraft der Analysen eingeschränkt.

6.3 Verwendung der Ergebnisse der klinischen Bedarfsanalysen nach Ende der Förderung

Die vorliegende klinische Bedarfsanalyse zeigt, dass zunehmender Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD und deren Familien auf ein bisher nicht hinreichendes Versorgungsangebot trifft. Schilderungen von negativen Erfahrungen im Gesundheitssystem legen außerdem eine unzureichende Versorgungsqualität für Kinder und Jugendliche mit GI/GD und deren Familien nahe. Behandelnde haben jedoch ein großes Interesse daran, die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit GI/GD und ihren Familien zu verbessern. Aufgrund der steigenden Inanspruchnahme und auch aus gesundheitsökonomischen und medizinethischen Gründen ist eine kinder- und jugendpsychiatrische, sowie psychotherapeutische Versorgung mit regionalem Bezug für Kinder und Jugendliche mit GI/GD und ihren Familien langfristig nötig und wünschenswert. Eine Verschiebung und ein Ausbau der bisherigen vorrangigen ambulanten Versorgungsstrukturen durch Behandelnde an Spezialzentren oder -praxen mit überregionalem Einzugsgebiet zu wohnortnahen, spezialisierten und qualifizierten Beratungs- und Behandlungsangeboten erscheint in naher Zukunft daher angezeigt und zweckmäßig. Die aktuelle Versorgungssituation ist nicht nur unzureichend, sondern auch wenig auf die Bedürfnisse der Betroffenen und Behandelnden angepasst. Neben der Erscheinung der aktuellen S2k-Leitlinie (DGKJP, 2025) und deren Implementation in der Praxis, sind für den

Weg zu einer gerechten und an den Bedürfnissen der gender-nonkonformen Kinder und Jugendlichen ausgerichteten Begleitung und Therapie neue, innovative Versorgungskonzepte zu erproben, die die Patient*innen-, aber auch die Behandelndenperspektive berücksichtigen. Hier wären der Ausbau telemedizinischer Angebote für Patient*innen und ihre Familien, sowie Supervisionsangebote von spezialisierten Behandelnden für niedergelassene Behandelnde in der Routineversorgung denkbar. Auch weitere interdisziplinäre Strukturen, wie z. B. die Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen der Kinder- und Jugendpsychiater*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen mit Kinder- und Jugendendokrinolog*innen z.B. in der Form von Qualitätszirkeln, sollten flächendeckend ausgebaut werden. Qualitativ hochwertige Online-Informations- und Schulungsangebote für Patient*innen werden aktuell in dem ebenfalls vom GB-A Innovationsfond geförderten Versorgungsprojekt EMPOWER-TRANS* (Laufzeit 2024 bis 2027, Förderkennzeichen: 01NVF22028) entwickelt. Das Projekt hat neben der Entwicklung der Informations- und Schulungsmaterialien zum Ziel, die Patient*innen besser zu informieren und Wartezeiten auf Erstgespräche bei spezialisierten Versorgungsangeboten durch interaktiv vermittelte Fachinformation bedarfsorientiert zu nutzen. Die Plattform wird den betroffenen Kindern, Jugendlichen und Familien voraussichtlich 2026 zur Verfügung stehen. Parallel zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte sollten fortlaufend Fortbildungen für im Gesundheitswesen Tätige angeboten werden, die für eine diskriminierungssensible Haltung im Umgang mit gender-nonkonformen Kindern, Jugendlichen und ihren Familien sensibilisieren. So ist die aus dem BMG geförderte Projekt TRANS-KIDS „Förderung eines nicht-diskriminierenden Umgangs mit minderjährigen trans*Personen durch patientenorientierte Schulungsmaßnahmen im Gesundheitswesen“, Laufzeit 10/2019-9/2022 entstandene Schulung aufgrund der hohen Nachfrage und positiver Evaluation nun als wiederkehrender Fortbildungstermin bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe verstetigt. Nur durch die enge Verzahnung von Versorgungsforschung und Evaluation von neuen Konzepten in der Praxis kann die Versorgung für Kinder, Jugendliche mit GI/GD, ihren Familien und auch für Behandelnde in diesem Feld mittel- und langfristig verbessert werden.

6.3.1 Limitationen Klinische Bedarfsanalysen

Es handelte sich bei der Methodik zur Beantwortung der klinischen Bedarfsanalyse um ein qualitatives Forschungsdesign. Aufgrund des Studiendesigns, der Rekrutierungsstrategie und der Stichprobengröße ist eine Repräsentativität der Ergebnisse für die gesamte Population von Behandelnden in Deutschland nicht gegeben und somit konnten nicht alle relevanten Perspektiven und Erfahrungen abgedeckt werden. Der Großteil der befragten KiÄ und KJPP stammten aus dem Raum Münster. Nur bei der Gruppe der GD-EXP kann von einer nahezu erschöpfenden Rekrutierung deutschlandweit ausgegangen werden. Aufgrund der Rekrutierungsstrategie, vorrangig über bestehende Adresslisten die Behandelnden zu kontaktieren, können keine Aussagen über regionale Unterschiede oder Stadt-Land-Unterschiede getätigt werden. Hier braucht es größere Studien, die gezielt Behandelnde über die verschiedenen Bundesländer hinweg befragen und den Grad der Urbanizität berücksichtigen.

Auch die inhaltliche Validität der Ergebnisse wird durch die freiwillige Teilnahme an der Befragung limitiert. Die Behandelnden wurden postalisch kontaktiert und meldeten sich aus eigener Motivation zur Teilnahme am Interview. Somit ist nicht auszuschließen, dass nur Behandelnde mitgemacht haben, die eine offene und tolerante Haltung oder besonders kritische Haltung gegenüber geschlechtlicher Vielfalt hatten.

Da den Befragten keine Zeit eingeräumt wurde Informationen zu Praxisstrukturen, demografischen Patient*innendaten, Zahl der Behandlungsfälle und psychopathologischen Auffälligkeiten vor dem Interview zu recherchieren, sind die Ergebnisse des quantitativ/statistischen Teils des Interviews teilweise ungenau. Ebenso wurde nicht erhoben, wie viele der Befragten Patient*innen betreuen, die bereits eine somatomedizinische Therapie begonnen haben.

7 Erfolge bzw. geplante Veröffentlichungen

7.1 Erfolgte Veröffentlichungen

Gottschalk, S.; Konnopka, C.; Nettermann, K.; Başoğlu, A.; Marschall, U.; Horenkamp-Sonntag, D.; Rölver, A.; Karch, A.; Romer, G. & König, H.-H. (2025). Healthcare costs associated with gender dysphoria in children, adolescents and young adults in Germany: A prevalence-based analysis using statutory health insurance data. *The European Journal of Health Economics*, 1-11. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-025-01832-0>

Rölver, A., Siebald, M., Brokmeier, T., Mucha, S., Höltermann, A., Stelling, U., von Strachwitz, A., Sundsgaard, L., Föcker, M., & Romer, G. & (2025). Bisherige Erfahrungen und zukünftige Bedarfe in der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie—Ergebnisse multiperspektivischer Befragungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 74(2), 146-172. <https://www.vr-elibrary.de/doi/pdf/10.13109/prkk.2025.74.2.146>

Stelling, U., Sundsgaard, L., von Strachwitz, A., Romer, G., & Rölver, A. (2025). Analyse der Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie aus Sicht klinischer Expertinnen und Experten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1422-4917/a001026>

Strachwitz, A. V., Siebald, M., Karch, A., Konnopka, C., König, H. H., Nettermann, K., ... & Rölver, A. (2025). Eingeschränkte (Be-) Handlungsmöglichkeiten? Geschlechtsdysphorie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung—Ergebnisse einer Befragung von Fachärzt:innen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 74(2), 122- 145. <https://www.vr-elibrary.de/doi/pdf/10.13109/prkk.2025.74.2.122>

Sundsgaard, L., Wedekind, L., Stelling, U., von Strachwitz, A., Karch, A., Nettermann, K., König, H.H., Konnopka, C., Romer, G., & Rölver, A. (2025). Geschlechtsdysphorie in der pädiatrischen Praxis. *Klinische Pädiatrie*. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-2640-1742>.

7.2 Geplante Veröffentlichungen

Heider, D., Konnopka, C., Nettermann, K., Başoğlu, A., Marschall, U., Horenkamp-Sonntag, D., Karch, A., Rölver, A., Romer, G & König, H.-H. (2025). The impact of incident diagnosis of gender dysphoria and subsequent psychoatric diagnoses: a retrospective matched cohort study based on German statutory health insurance data. *Manuskript in Vorbereitung*

Nettermann, K., Basoglu, A., Marschall, U., Saam, J., Nussbaum, U., König, H.-H., Heider, D., Karch, A., Rölver, A., & Romer, G. (2025). Longitudinal trends of health service

utilization for gender dysphoria in Germany between 2010 and 2021 – an analysis of the TRANSKIDS-CARE study based on health insurance data. Manuskript in Begutachtung. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5144641

Nettermann, K. et al, Psychological health care utilization of gender dysphoria patients starting hormonal treatment – The German TRANSKIDS-CARE study. *Manuskript in Vorbereitung.*

Nettermann, K. et al, Continuity of hormonal treatments in gender dysphoria patients in Germany – The German TRANSKIDS-CARE study. *Manuskript in Vorbereitung.*

IV Literaturverzeichnis

Adelson, S. L. (2012). Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(9), 957–974. <https://doi.org/10/ggik78>

Brokmeier, T., Mucha, S. R., Romer, G., & Föcker, M. (2022). Trans* Jugendliche und junge Erwachsene im Gesundheitswesen: Eine qualitative Interviewstudie über Erfahrungen, Herausforderungen und Wünsche. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 71(7), 576–596. <https://doi.org/10.13109/prkk.2022.71.7.576>

Bundesamt für Soziale Sicherung. (o. D.). RSA einfach erklärt. Bundesamt für Soziale Sicherung. <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/rsa-einfach-erklart/>

Butler, G., Adu-Gyamfi, K., Clarkson, K., El Khairi, R., Kleczewski, S., Roberts, A., Segal, T. Y., Yogamanoharan, K., Alvi, S., Amin, N., Carruthers, P., Dover, S., Eastman, J., Mushtaq, T., Masic, U., & Carmichael, P. (2022). Discharge outcome analysis of 1089 transgender young people referred to paediatric endocrine clinics in England 2008–2021. *Archives of Disease in Childhood*, 107(11), 1018–1022. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2022-324302>

Cohen-Kettenis, P. T., Steensma, T. D., & De Vries, A. L. C. (2011). Treatment of Adolescents With Gender Dysphoria in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 689–700. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.08.001>

Cole, C. M., O’Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13–26. <https://doi.org/10.1023/A:1024517302481>

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., ... Zucker, K. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232.

- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276–2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- Deutscher Ethikrat. (2020). Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(6), 515–516. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.6.515>
- DGfS. (2018). S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/138-001>
- DGKJP. (2025). S2k-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – Diagnostik und Behandlung. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-014>
- Epping, J., Stahmeyer, J. T., Tetzlaff, F. & Tetzlaff, J. (2023). M2Q oder doch etwas Anderes? Der Einfluss verschiedener Aufgreifkriterium auf den Prävalenzschätzung chronischer Erkrankungen mit ambulanten GKV-Diagnosedaten. *Das Gesundheitswesen*, 86 (S 03), 188-195. <https://doi.org/10.1055/a-2052-6477>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). Being trans in the European Union: Comparative analysis of EU LGBT survey data. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2811/92683>
- Expósito-Campos, P., Pérez-Fernández, J. I., & Salaberria, K. (2024). A qualitative metasummary of detransition experiences with recommendations for psychological support. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 24(2), Article 100467. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2024.100467>
- Gupta, P., Patterson, B. C., Chu, L., Gold, S., Amos, S., Yeung, H., Goodman, M., & Tangpricha, V. (2023). Adherence to Gender Affirming Hormone Therapy in Transgender Adolescents and Adults: A Retrospective Cohort Study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 108(11), e1236–e1244. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgad306>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T’Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903.
- Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 259–261. <https://doi.org/10.1016/j.ipsychores.2004.08.010>
- Höltermann, A., Brokmeier, T., Mucha, S. R., Siebald, M., Kutlar, C., Ferati, M., Rarey, F., Romer, G., & Föcker, Manuel. (2022). Erfahrungen von trans* Kindern, Jugendlichen und deren Sorgeberechtigten im Gesundheitswesen. Ergebnisse aus dem Online-Survey der Trans* Kids Studie. XXXVII DGKJP Kongress, Magdeburg.

- Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., De Graaf, N. M., Egebjerg Rischel, K., Frisé, L., Schorkopf, M., Suomalainen, L., & Waehre, A. (2020). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: A study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1), 40–44. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429>
- Kohring, C., Akmatov, M. K., Holstiege J., Heuer, J., Dammertz, L., Bätzing, J. (2023). Inzidenztrends psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung: Entwicklungen zwischen 2014 und 2021. (Versorgungsatlas-Bericht Nr. 23/05). Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. <https://doi.org/10.20364/VA-23.05>
- Korte, A., Beier, K. M., & Bosinski, H. A. G. (2016). Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter—Ausgangsoffene psychotherapeutische Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung durch Einleitung einer hormonellen Therapie? *Sexuologie: Zeitschrift für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft*, 23(3–4), 117–132.
- Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7(6), 484–498. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30305-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30305-X)
- Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Zepf, F. D., & Lin, A. (2017). Puberty suppression in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(10), 816–826. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30099-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30099-2)
- Mayring. (2012). Qualitative Inhaltsanalyse—ein beispiel für mixed methods (Bd. 1). In *Mixed Methods in der empirischen Bildungsforschung*.
- Mucha, S. R., Brokmeier, T., Romer, G., & Föcker, M. (2022). Erfahrungen im Gesundheitswesen von Sorgeberechtigten eines Kindes oder Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie: Eine qualitative Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 71(7), 620–639. <https://doi.org/10.13109/prkk.2022.71.7.620>
- Nationale Ethikkommission Im Bereich der Humanmedizin NEK. (2024). Medizinische Behandlung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie—Ethische und rechtliche Erwägungen. <https://doi.emh.ch/saez.2019.17681>
- Office for National Statistics. (2023, Januar 6). Gender identity, England and Wales: Census 2021. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/genderidentity/bulletins/genderidentityenglandandwales/census2021>
- Olson, J., Forbes, C., & Belzer, M. (2011). Management of the transgender adolescent. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(2), 171–176. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.275>
- Pöge, K., Dennert, G., Koppe, U., Güldenring, A., Matthigack, E. B., & Rommel, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Robert Koch-Institut*. <https://doi.org/10.25646/6448>

- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: A review. *The Lancet*, 388(10042), 412–436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
- Rölver, A., Siebald, M., Brokmeier, T., Mucha, S., Höltermann, A., Stelling, U., von Strachwitz, A., Sundsgaard, L., Föcker, M., & Romer, G. & (2025). Bisherige Erfahrungen und zukünftige Bedarfe in der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie—Ergebnisse multiperspektivischer Befragungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 74(2), 146–172. <https://www.vr-elibrary.de/doi/pdf/10.13109/prkk.2025.74.2.146>
- Schubert, I., Ihle, P., & Köster, I. (2010). Interne Validierung von Diagnosen in GKV-Routinedaten: Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. *Das Gesundheitswesen*, 72(5), 316–322. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1223534>
- Strachwitz, A. V., Siebald, M., Karch, A., Konnopka, C., König, H. H., Nettermann, K., ... & Rölver, A. (2025). Eingeschränkte (Be-) Handlungsmöglichkeiten? Geschlechtsdysphorie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung—Ergebnisse einer Befragung von Fachärzt: innen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 74(2), 122–145. <https://www.vr-elibrary.de/doi/pdf/10.13109/prkk.2025.74.122>
- Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2017). Trans Pathways: The mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results. *Telethon Kids Institute*, Perth, Australia.
- Stelling, U., Sundsgaard, L., von Strachwitz, A., Romer, G. & Rölver, A. (2025). Analyse der Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie aus Sicht klinischer Expert_innen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. *Manuskript akzeptiert*.
- Sundsgaard, L., Wedekind, L., Stelling, U., von Strachwitz, A., Romer, G., & Rölver, A. (2025). Geschlechtsdysphorie in der pädiatrischen Praxis. *Manuskript in Begutachtung*.
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*, 8(4), 273–280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
- van der Loos, M. A. T. C., Hannema, S. E., Klink, D. T., den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2022). Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence: A cohort study in the Netherlands. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 6(12), 869–875. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00254-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00254-1)
- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child*, 46(10), 1307–1314. <https://doi.org/10/b8r2qf>
- World Medical Association. (2015). WMA Statement on Transgender People. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-transgender-people/World>
- Professional Association for Transgender Health. (2022). *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people (Version 8)*. <https://www.wpath.org/publications/soc>

V Anlagen

- Anlage 1: Interviewleitfaden der klinischen Bedarfsanalyse
- Anlage 2: Kodierleitfaden zur Auswertung der qualitativen Interviews der GD-EXP
- Anlage 3: Kodierleitfaden zur Auswertung der qualitativen Interviews der KJPP
- Anlage 4: Kodierleitfaden zur Auswertung der qualitativen Interviews der KiÄ



Universitätsklinikum Münster
 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
 -psychosomatik und -psychotherapie

Univ.-Prof. Dr. med. Georg Romer
 Direktor, Projektleitung

Schmeddingstr. 50
 48149 Münster

T +49 251 83-53598
 F +49 251 83-53375
 kjp@ukmuenster.de

Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – Wie wird die Versorgungssituation und der sich aktuell verändernde Versorgungsbedarf aus Ihrer Sicht bewertet?

Fallnummer (Pseudonym):

Interviewer:

Datum:

Zu Ihrer Person

Alter:	Geschlecht:	Fachprofession:
Position: <input type="checkbox"/> leitende Funktion <input type="checkbox"/> Mitarbeiter*in	Berufserfahrung in Jahren:	Allgemein: Spezifisch (Schwerpunkt Geschlechtsdysphorie):

Strukturelle Merkmale Ihrer Einrichtung

1. Welcher Institution gehören Sie an?	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Praxis
--	--

2. Wie viele Mitarbeiter*innen sind in Ihrer Einrichtung in die Versorgung von Patient*innen mit Geschlechtsdysphorie eingebunden?	<input type="checkbox"/> 1 – 3 Mitarbeiter*innen <input type="checkbox"/> 4 – 6 Mitarbeiter*innen <input type="checkbox"/> ≥ 7 Mitarbeiter*innen
--	--

3. Welche Berufsgruppen sind in Ihrer Einrichtung in die Behandlung von Heranwachsenden mit Geschlechtsdysphorie eingebunden?	
---	--

Charakterisierung Ihres Behandlungsangebotes

1. Haben Sie ein der Behandlung zugrundeliegendes Konzept bzw. eine konkrete Vorgehensweise bei der Versorgung von Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie?	<input type="checkbox"/> spezifisches Konzept für Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie, und zwar...	<input type="checkbox"/> ... ein publiziertes Konzept:
	<input type="checkbox"/> kein spezifisches Konzept, sondern ein...	<input type="checkbox"/> ... ein selbstentwickeltes Konzept:
		<input type="checkbox"/> ... Ablaufschema:
		<input type="checkbox"/> ... anderes Konzept:
		<input type="checkbox"/> ... individuelles Vorgehen:

2. Woraus besteht Ihr diagnostisches Vorgehen?	<input type="checkbox"/> Eigenanamnese: <input type="checkbox"/> Fremdanamnese: <input type="checkbox"/> Psychometrie:
--	--

<p>3. Welche <i>körpermedizinischen</i> Behandlungsangebote machen Sie Minderjährigen mit einer Geschlechtsdysphorie?</p>	<input type="checkbox"/> Pubertätsblockade <input type="checkbox"/> gegengeschlechtliche Hormone <input type="checkbox"/> operative Maßnahmen <input type="checkbox"/> Brustkompressionsweste <input type="checkbox"/> Minipille <input type="checkbox"/> Weitere:	<input type="checkbox"/> Mastektomie <input type="checkbox"/> Hysterektomie <input type="checkbox"/> Adnektomie <input type="checkbox"/> Weitere: <input type="checkbox"/> Keine Angebote
---	---	---

<p>4. Welches <i>psychosoziale</i> Versorgungsangebot machen Sie <u>Minderjährigen</u> mit Geschlechtsdysphorie?</p>	<input type="checkbox"/> Einzelgespräche <input type="checkbox"/> Gruppengespräche <input type="checkbox"/> Familiengespräche <input type="checkbox"/> Beratung von Dritten (z. B. Lehrern) <input type="checkbox"/> Kreativtherapie <input type="checkbox"/> Körpertherapie <input type="checkbox"/> Spieltherapie <input type="checkbox"/> Online Beratung <input type="checkbox"/> Telefonische Beratung <input type="checkbox"/> Netzwerk zu Selbsthilfegruppen <input type="checkbox"/> Seminare (z. B. Psychoedukation) <input type="checkbox"/> Weitere:
--	--

<p>5. Welches <i>psychosoziale</i> Versorgungsangebot machen Sie den <u>Sorgeberechtigten</u> von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie?</p>	<input type="checkbox"/> Einzelgespräche <input type="checkbox"/> Gruppengespräche <input type="checkbox"/> Familiengespräche <input type="checkbox"/> Beratung von Dritten (z. B. Lehrer) <input type="checkbox"/> Paarberatung <input type="checkbox"/> Online Beratung <input type="checkbox"/> telefonische Beratung <input type="checkbox"/> Seminare für Eltern <input type="checkbox"/> Netzwerk zu Angehörigengruppen <input type="checkbox"/> Weitere:
--	--

Angaben zu den Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie

<p>1. Wie alt sind Ihre Patient*innen im Durchschnitt bei der Erstvorstellung?</p>
--

<p>2. Welche Altersspanne umfasst Ihr Patient*innenklientel?</p>
--

<p>3. Aus welchem Umkreis/Einzugsgebiet kommen die Patient*innen?</p>	<input type="checkbox"/> < 10 km <input type="checkbox"/> 10 – 50 km <input type="checkbox"/> ≥ 50 km Wohnraum der Patient*innen: ...	<input type="checkbox"/> ... eher städtischer Raum <input type="checkbox"/> ... eher ländlicher Raum
---	--	---

<p>4. Wie häufig sehen Sie die Patient*innen?</p>	<input type="checkbox"/> 1 x in der Woche <input type="checkbox"/> 1 x im Monat <input type="checkbox"/> 1 x im Quartal <input type="checkbox"/> 1 x im Jahr <input type="checkbox"/> Andere:
---	---

<p>5. Gibt es psychopathologische Auffälligkeiten, die in der Patient*innengruppe gehäuft auftreten?</p>
--

6. Wie ist die prozentuale Verteilung des biologischen Geschlechts der Patient*innen bei der Erstvorstellung?

Versorgungsbedarf

1. Wie haben sich die *quantitativen* Bedarfe, in Hinblick auf die Patient*innengruppe, in den vergangenen 10 Jahren verändert?

<input type="checkbox"/>	↓ Der Bedarf hat abgenommen.
<input type="checkbox"/>	→ Der Bedarf ist gleichgeblieben.
<input type="checkbox"/>	↑ Der Bedarf hat zugenommen.

2. Wie haben sich die *qualitativen* Bedarfe, in Hinblick auf die Patient*innengruppe, in den vergangenen 10 Jahren verändert. D. h. haben sich die Anliegen/ Bedürfnisse, die die Jugendlichen berichten, verändert?

3. Falls Sie den Eindruck haben, dass sich der Bedarf verändert hat – Haben Sie ein Erklärungsmodell für diese Entwicklung?

4. Wie viele Behandlungsfälle von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie haben Sie durchschnittlich im Quartal?

Erfahrungen im Rahmen der Behandlung

1. Welche Anliegen werden von behandlingssuchenden *Jugendlichen* mit Geschlechtsdysphorie geäußert?

2. Welche Anliegen werden von den *Sorgeberechtigten* der behandlingssuchenden Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie geäußert?

3. Wovon profitieren die *Patient*innen* im Verlauf der Behandlung?

4. Wovon profitieren die *Sorgeberechtigten* im Verlauf der Behandlung?

5. Welche positiven und/oder negativen Vorerfahrungen im Gesundheitswesen berichten behandlingssuchende Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie und ihre Sorgeberechtigten, die sich erstmalig an Sie wenden?

6. Mit welchen Schwierigkeiten und Herausforderungen bei medizinischen Entscheidungsfindungsprozessen für oder gegen eine Indikationsstellung zu körpermedizinischen Maßnahmen bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie sehen Sie sich konfrontiert?

7. Wie beurteilen Sie die Nachhaltigkeit und Kontinuität körpermedizinischer Interventionen bei Ihren Patient*innen?

8. Haben Sie Erfahrungen mit späteren Detransitionswünschen von Patienten mit Geschlechtsdysphorie, bei denen vor dem 18. Lebensjahr eine körpermedizinische Behandlung zur Unterstützung der Transition begonnen wurde, gemacht? Falls ja – welche?

9. Haben Sie Erfahrungen mit mittel- und langfristig ungünstigen Verläufen bezogen auf die psychische Gesundheit nach Beginn somatomedizinischer Interventionen im Jugendalter bei Patient*innen mit Geschlechtsdysphorie? Falls ja – welche?

Kooperierende Einrichtungen und Interesse an Weiterbildungen

1. Mit welchen Einrichtungen des professionellen Helfersystems haben Sie bisher kooperiert?

2. Wie nehmen Sie die fachliche Vernetzung zwischen Ihnen und den anderen medizinischen Versorgungsangeboten für Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie wahr?

3. Welche Informations- und Unterstützungsbedarfe zur Sicherstellung einer hinreichenden Qualität für die gesundheitliche Versorgung von Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie bestehen nach Ihrer Einschätzung?

4. Was für Weiterbildungen in dem Kontext der Behandlung von Geschlechtsdysphorie im Jugendalter wünschen Sie sich?

5. Welche zusätzlichen Versorgungs- und Hilfsangebote sind aus Ihrer Sicht für jugendliche Patienten mit Geschlechtsdysphorie wünschenswert?

Abschluss

1. Haben Sie noch Fragen oder Anmerkungen, die dieses Interview betreffen?

2. Gibt es relevante Themen, auf die wir noch nicht eingegangen sind, die Sie ergänzen möchten?

3. Möchten Sie uns hinsichtlich der Befragung ein Feedback geben?

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Anlage 2: Kodierleitfaden zur Auswertung der qualitativen Interviews der GD-EXP

Kodierleitfaden TRANSKIDS-CARE, GD-Expert_innen (Ulla Stelling)			
<i>Bereich (dunkel unterlegt)</i> <i>Hauptkategorie (hell unterlegt)</i> <i>Unterkategorie</i>	<i>Definition Unterkategorie</i>	<i>Ankerbeispiele Unterkategorie</i>	<i>Kodierregeln Unterkategorie</i>
B1: Versorgungsbedarf			
Veränderung der Anliegen/Bedürfnisse der Jugendlichen in den letzten 10 Jahren			
Veränderung des qualitativen Bedarfs nicht einschätzbar	Expert_innen können Veränderung nicht beurteilen.	"Nein, also da das jetzt nur drei Jahre sind, kann ich es nicht sagen." EXPGD033	
Keine Veränderung des qualitativen Bedarfs	Keine Veränderung des qualitativen Bedarfs im Hinblick auf die Patient_innengruppe in letzten 10 Jahren.	"(...) ich würde sagen, nein, die Anliegen sind im Wesentlichen immer dieselben (...)" EXPGD002	
Besser informierte Patient_innen	Jugendliche starten den Prozess mit mehr Vorwissen als vor 10 Jahren.	"Ja, also was sich meines Erachtens verändert hat, ist, dass die meisten besser vorinformiert sind (...)" EXPGD006	
Konkrete körpermedizinische Vorstellungen	Jugendliche haben klare Vorstellungen, was den Prozess angeht und drücken diese teilweise sehr fordernd aus.	"(...) ganz klare Vorstellungen haben, was ihre hormonelle Behandlung anbelangt und die geschlechtsangleichenden Operationen, die sie vorhaben." EXPGD004	Fokus auf konkrete körpermedizinischen Maßnahmen bis hin zu Geschlechtsangleichung.
Differenziertere Transitionsvorstellungen	Behandlungswünsche sind weniger polarisiert und differenzierter als vor 10 Jahren.	"Ich würde sagen, die sind durchaus differenzierter. Also es gibt nicht mehr so eine Polarisierung. Also: "Ich möchte unbedingt in diese oder in diese Geschlechtsrolle", sondern es gibt einfach mehr non binäre Wünsche. (...) EXPGD022	Prozess ist weniger geradlinig, Fokus auf Identität und nicht auf Geschlechtsangleichung.
Offenerer Umgang mit GD	Jugendliche gehen offener mit GD um und sind oft schon gefestigter in ihrer Identität.	"Insofern, als sie sich schneller outen oder selbstverständlicher auch damit rausrücken." EXPGD012	
Verstärkte Koinzidenzen (u.a. seit Covid)	Insgesamt höhere Behandlungsbedürftigkeit und mehr Koinzidenzen als vor 10 Jahren. Einfluss von Covid19 ist spürbar.	"Ja so im Schnitt weisen die Jugendlichen, die zurzeit oder in den letzten Jahren in die Praxis kommen, eine höhere Rate an Psychopathologie auf und eine größere Behandlungsbedürftigkeit, um im Alltag zurechtzukommen. Weit über das Thema der Geschlechtsdysphorie hinaus." EXPGD039	

Erklärungsmodell für Entwicklung			
	<i>Definition Unterkategorie</i>	<i>Ankerbeispiele Unterkategorie</i>	<i>Kodierregeln Unterkategorie</i>
Variabilität von Identifikationsmöglichkeiten/Größere Geschlechtervielfalt	U.a. durch die größere Geschlechtervielfalt haben die Jugendlichen mehr Identifikationsmöglichkeiten.	" <i>Ich glaube, dass sich das Schwarz-Weiß-Denken, also Frau oder Mann, entweder oder aufweicht und dass mehr möglich ist dazwischen.</i> " EXPGD031	
Präsenz von GD nimmt zu (Öffentlichkeit, Internet, Schulen, Kliniken)	Das Thema GD ist im alltäglichen Leben präsenter und wird in der Öffentlichkeit mehr thematisiert.	" <i>Es ist einfach ein medial sehr verbretetes, diskutiertes und natürlich populäres Thema (...)</i> " EXPGD010	Keine Wertung, ob der öffentliche Umgang mit GD positiv oder negativ ist.
Toleranz/Akzeptanz in Gesellschaft nimmt zu	Zunehmende Toleranz bis hin zu Anerkennung bietet einen wertungsfreieren Raum für die Jugendlichen und ihre Bedürfnisse.	" <i>(...) eine größere Toleranz in der Gesellschaft und Offenheit gibt, sodass sich mehr Menschen trauen, sich auch zu outen.</i> " EXPGD013	Allgemein eher positive und akzeptierende Einstellung dem Thema gegenüber.
Internet/Social media/Vernetzung untereinander	Jugendliche haben leichteren Zugang zu Informationen, mehr Kontakt zu Peers und Austauschmöglichkeiten allgemein.	" <i>Also ich glaube, die Angebote, die sie erhalten, die Angebote über Social Medias, über elektronische Medien, sie haben mehr Austauschmöglichkeiten. Sie haben natürlich deutlich mehr Information.</i> " EXPGD021	Keine Wertung, ob es sich bei Informationen um seriöse oder unseriöse Quellen handelt.
GD als Erklärung/"Lösung" für Probleme	Jugendliche werden mehr mit dem Thema GD konfrontiert und sehen darin einen Ausweg/ein Medium zur Flucht vor erlebten Problemen.	" <i>(...) weil mehr Jugendliche auf die Idee kommen, ihre Probleme, die sie erleben, so zu erklären.</i> " EXPGD002	GD wird als Lösungsweg wahrgenommen.
soziales Ansteckungsphänomen/ Modethema	GD, aufgrund des Einflusses von Peers/sozialer Ansteckung.	" <i>Sind es tatsächlich mehr geworden oder ist es ein Hype? Ich glaube, das spielt natürlich da ganz groß rein. Eine sehr komplexe Frage, wo es keine klaren Antworten gibt.</i> " EXPGD028	
Geschlechtsidentität als Teil pubertären Auseinandersetzungsprozesses	Stereotypen, Schönheitsideale und vermehrte Präsenz führen zu einem Auseinandersetzungsprozess mit dem Thema Geschlechtsidentität in der Pubertät.	" <i>Geschlechtsidentität gehört heute als Entwicklungsaufgabe zur normalen Adoleszenz dazu.</i> " EXPGD029 " <i>(...) zunehmender Konformitätsdruck in Bezug auf Körperlichkeit, also auch in Bezug auf Schönheitsideale und binäre Schönheitsideale, so würde ich annehmen.</i> " EXPGD016	Jugendliche befassen sich zunehmend mit ihrer Geschlechtsidentität.

B2: Erfahrungen im Rahmen der Behandlung			
Anliegen von Jugendlichen mit GD			
	Definition Unterkategorie	Ankerbeispiele Unterkategorie	Kodierregeln Unterkategorie
Therapieplatzsuche (AJ)	Aufbau von Erstkontakt zu Therapeut_innen, Jugendliche haben oft erfolglose Suche hinter sich.	"Oft haben sie es schon probiert und aber nur Absagen bekommen, also die psychotherapeutische Versorgung ist ja katastrophal." EXPGD017 "(...) weiterführende psychotherapeutische Behandlung, sei die bei uns in der Ambulanz oder dass wir auf geeignete Therapieplätze hinweisen, also eine entsprechende Triage machen zu einem niedergelassenen Therapeuten." EXPGD034	
Begleitung des sozialen Outings (AJ)	Outing, Alltagserprobung, Unterstützung in der Schule, Peergroup, Umgang mit Diskriminierung und Personenstands-/ Namensänderung	"(...) dass sie in der Schule sich outen wollen, dass Outing ist ja ein großes Thema (...)" EXPGD011 "(...) auch ganz konkret Personenstands-/ Namensänderung, (...)" EXPGD021	Weniger persönliches Umfeld wie Schule, Öffentlichkeit allgemein
Unterstützung bei zwischenmenschlichen Beziehungen (AJ)	Jugendliche benötigen Hilfe beim Umgang mit Familie und Freunden.	"Ich glaube, die Jugendlichen profitieren auch sehr von einem familienzentrierten Ansatz, der nicht so sehr das Individuum in den absoluten Vordergrund rückt und sagt, die Autonomie dieses Menschen gilt jetzt über, sondern dass man versucht, für die gesamte Familie tragfähige Lösungen zu finden." EXPGD024	Persönliche Beziehungen mit z.B. Eltern, Familie generell und Freundeskreis
Informationen/Orientierung (AJ)	Ansprechpartner für: allgemeine Beratung bzgl. therapeutischer und körpermedizinischer Möglichkeiten und Grenzen Reproduktionsgerechtigkeit Überprüfung von Informationen aus dem Internet	"Eben einerseits, dass sie eine Beratung wollen bezüglich hormoneller Möglichkeiten (...)" EXPGD031 "(...) Fertilitätsprotektion, da gemeinsam genau hinzugucken, gibt es wirklich keinen Kinderwunsch?" EXPGD017	Fachliche Beratung

	Definition Unterkategorie	Ankerbeispiele Unterkategorie	Kodierregeln Unterkategorie
Indikationsschreiben/Gutachten (AJ)		"Ein großer Wunsch ist eine Indikationsstellung." EXPGD022	
Unterstützung bei körpermedizinischen Maßnahmen (AJ)	Je nach Profession: Vernetzung mit Fachärzt_innen selbstständige Durchführung von Maßnahmen	"Geschlechtsangleichende Maßnahmen. Das ist entscheidend. Bitte, um Unterstützung für geschlechtsangleichende Maßnahmen." EXPGD030 "Die möchten gerne Hormone und zwar sofort und die Mastektomie auch relativ zügig. Das ist glaube ich sozusagen kommen mit großem Druck und dann kommt es natürlich drauf an, wenn sie nur das wollen, dann würden sie nicht bei mir bleiben, sondern dann an die Charité oder Endochronologikum oder an andere verwiesen werden und die Selbsthilfen." EXPGD040	
Diagnostik (AJ/NJ)	Jugendliche haben den Wunsch nach Basisdiagnostik und "Überprüfung" der GD.	"Wenige kommen und sagen: "Ich will es herausfinden", aber einige kommen auch mit dem Wunsch: "Ich will herausfinden, ob ich tatsächlich eine Geschlechtsdysphorie habe oder ob nicht."" EXPGD011	
Behandlung koinzidenter Störungen (AJ/NJ)	Jugendliche wünschen Behandlung von koinzidenten Störungen wie: Depressionen Angststörungen Essstörungen Suizidalität	"Aber auch der größte Teil ist auch, wie gehe ich mit Depressionen oder so um, die sich aufgrund der Geschlechtsdysphorie entwickelt haben." EXPGD022 "Und es gibt Jugendliche, die stellen sich primär gar nicht wegen ihrer Transidentität vor und haben ganz andere Probleme und sind zusätzlich transident." EXPGD024	
Psychotherapeutische Prozessbegleitung (AJ/NJ)	geschützter Raum (Schweigepflicht), offenes Gespräch, therapeutische Beziehung, Sicherheit in der Entscheidungsfindung	"Bei denen bei denen das dran ist, von der Identitätsarbeit, also: "Wer bin ich und wie ist meine Perspektive, wo ich sein will und wer ich sein will"." EXPGD020	Allgemeine psychologische Beratung/Psychotherapie

Nutzen Jugendliche			
	<i>Definition Unterkategorie</i>	<i>Ankerbeispiele Unterkategorie</i>	<i>Kodierregeln Unterkategorie</i>
Kein oder wenig Nutzen durch Therapie/ kein Therapiebedarf (NJ)	Jugendliche profitieren allein vom Zugang zu körpermedizinischen Maßnahmen und nicht von der Psychotherapie.	"Die anderen 90 % kommen sozusagen fremdmotiviert, weil sie wissen, ohne psychiatrisches Gutachten kriegen sie weder Hormone noch Operationen. Und ja, machen dann mehr oder weniger motiviert oder gut dieses Prozedere mit." EXPGD002	
Kind profitiert von elterlicher Unterstützung (NJ)	Elterliche Unterstützung spielt eine große Rolle im Therapieverlauf.	"(...) die profitieren (...) auch von der Unterstützung ihrer Eltern." EXPGD013	
Gruppenangebote/Austausch mit Gleichaltrigen (NJ)	Peerangebote	"(...) der Wunsch nach einem Raum, in dem man sich über alle Fragen austauschen kann, sehr groß. Das finde ich einfach so, das ist so etwas, was die Jugendlichen ja auch sagen und dass sie sich da auch sehr wohlfühlen, dass ich halt eben gruppentherapeutisch mache." EXPGD014	
Ernst genommen werden/ anerkannt werden (NJ)	Jugendliche profitieren von einem sicheren Raum, in dem sie mit ihren Bedürfnissen wahr und ernst genommen werden.	"Und dann zu erleben, dass man sie so wie sie sind, ernst nimmt und ihr Anliegen ernst nimmt und versucht, ihnen zu helfen." EXPGD003	
Persönliche Entwicklung (NJ)	Jugendliche profitieren von einer persönlichen Entwicklung im Rahmen der Therapie und des Älterwerdens allgemein.	"Ich finde, ohne unseren Berufsstand jetzt abzuwerten, die profitieren vor allem von Lebenserfahrungen, von Zeit,(...)" EXPGD013	
Gesicherte regelmäßige therapeutische Anbindung (NJ)	Sicherheit eines festen Therapieplatzes ohne Angst erneut weitergeschickt zu werden.	"(...) eine Begleitbehandlung zu gewährleisten." EXPGD020	

Anliegen von Sorgeberechtigten			
	<i>Definition Unterkategorie</i>	<i>Ankerbeispiele Unterkategorie</i>	<i>Kodierregeln Unterkategorie</i>
Diagnostik (AS)	Sorgeberechtigte wünschen Basisdiagnostik und *Überprüfung* der GD	"Also Klärung, ob es denn überhaupt eine Geschlechtsdysphorie, was Überdauerndes ist oder ob es eher eine Phase ist." EXPGD005	
Unterstützung des Kindes (AS)	Gesundes/normales Level an Unterstützung	"Und hier, um jetzt so einen Mittelwert rauszusuchen, würde ich schon sagen, dass es auch bei den Eltern eben mehr sein darf, so nenne ich es mal und da auch wirklich Bemühen stattfindet und bis hin zu Großelterngeneration." EXPGD015	Gesunde Unterstützung
Bedingungslose/sorglose elterliche Unterstützung (AS)	Übertriebenes bis hin zu unangebrachtes Level an Unterstützung, was im Verlauf zu überstürzten voreiligen Entscheidungen führen kann.	"(...) gibt es welche, die das ganz merkwürdig unproblematisch finden,(...)" EXPGD015 "Auf der anderen Seite haben wir manchmal Eltern oder Elternteil, wo man das Gefühl hat, die wollen das schneller als das Kind." EXPGD028	Problematische/ zu wenig hinterfragende/sorglose bis hin zu unangemessen fordernder Unterstützung
Entwicklungsgerechte Prozessbegleitung (AS)	Sorgeberechtigte wünschen sorgfältige, entwicklungsgerechte und ergebnisoffene Prozessbegleitung.	"Nur der Wunsch, dass dieser Prozess gut begleitet wird und dass das nicht überstürzt wird. (unv.) genau hingeguckt wird. Im Grunde ja, das ist glaube ich, das Wesentliche, dass man sich Zeit nimmt und nicht zu schnell auf einen Zug aufspringt: "Das ist es jetzt. Jetzt haben wir alle verstanden. Jetzt wird alles genehmigt und ermöglicht." " EXPGD001	
Ätiologie (AS)	Sorgeberechtigte wünschen eine Klärung der Ursachen für die GD.	"(...)Anliegen zur Ätiologie. Woher kommt es? Warum hat es mein Kind?" EXPGD024	
Klärung von Sorgen/Ängsten/Zweifeln (AS/NS)	Sorgeberechtigte wünschen emotionale Unterstützung, einen geschützten Raum und die Möglichkeit, offen ohne Verurteilung von Sorgen und Ängsten zu berichten und profitieren auch davon.	"Ängste, in Bezug auf medizinische Behandlung, auch Ängste im Bezug auf soziale Ausgrenzung ihrer Kinder. Angst, falsche Entscheidungen zu treffen." EXPGD005	Emotionale Unterstützung
Gesprächsangebot/ Beratung/ Information/Psychoedukation (AS)	Sorgeberechtigte wollen einen/eine kompetenten/kompetente Ansprechpartner_in, auf dessen Expertise sie vertrauen können.	"(...) für die Eltern und natürlich wie gesagt auch eine umfassende Beratung und Information. Die wollen ja auch wissen, was ihnen bevorsteht." EXPGD017	Fachliche Beratung

	Definition Unterkategorie	Ankerbeispiele Unterkategorie	Kodierregeln Unterkategorie
Behandlung von Koinzidenzen (AS)	Sorgeberechtigte wünschen eine allgemeine Behandlung, die auch Komorbiditäten ihrer Kinder miteinbezieht.	"Das hat dann aber meist eher was mit den Depressionen, der sozialen Phobie, dem Rückzug und einer potenziellen Essstörung oder so zu tun. Eher so also, dass man eher so die Komorbiditäten in den Blick nimmt." EXPGD022	
Probleme/Konflikte auf Elternebene (AS)	Konflikte auf Elternebene sorgen häufig für Schwierigkeiten was die Transition angeht und erfordern Klärungsversuche.	"Gerade bei Trennungseltern usw. ist es der Konflikt, den wir hatten. Haben die Kinder einen abbekommen in dieser Zeit? Also das sind ja, was sagen die Verwandten usw.? Also das ist ja hochkomplex, was für die Eltern da auch sich abspielt." EXPGD026	
Nichtanerkennung/Ablehnung/ Wunsch nach "Wegbehandeln" der GD	Sorgeberechtigte akzeptieren GD nicht und fordern Therapie bis hin zu "Korrektur"/"Wegbehandlung".	"Bei manchen tatsächlich leider auch ein: "Die Transidentität muss weg."" EXPGD020 "Hin und wieder kommt es vor, dass sie das Anliegen haben, dass die Kinder vielleicht doch in irgendeiner Form in ihrer Geschlechtsidentität "korrigiert werden", in Anführungsstrichen." EXPGD025	

Nutzen Sorgeberechtigte			
	Definition Unterkategorie	Ankerbeispiele Unterkategorie	Kodierregeln Unterkategorie
Peerberatung (auch expert_innengeleitet) (NS)	Sorgeberechtigte profitieren vom Erfahrungsaustausch mit anderen Sorgeberechtigten und von der Möglichkeit Fragen und Sorgen zu teilen.	"Ich finde, dass die, die es in Anspruch nehmen, stark durch die Peerberatung profitieren (...)" EXPGD009	
Kommunikation mit Kindern/Einbezug in Entscheidungsfindung/ Transparenz (NS)	Sorgeberechtigte profitieren davon, in einen transparenten Entscheidungsfindungs- und Gesprächsprozess miteingebunden zu werden, offen mit den Patient_innen zu kommunizieren und dadurch ihr Verständnis zu steigern.	"Sie profitieren glaube ich, auch generell, von dem Einbezug in Entscheidungsfindung, dass sie das Gefühl haben, dass nicht gegen ihren Willen gehandelt wird. Und von der Transparenz, vielleicht für den diagnostischen Prozess, das erklären wir am Anfang, also das nimmt dann Ängste von Eltern, dass hier relativ transparent gemacht wird, am Anfang, wie das abläuft." EXPGD016	

	Definition Unterkategorie	Ankerbeispiele Unterkategorie	Kodierregeln Unterkategorie
Erleben, dass es Kind besser geht/bessere Beziehung (NS)	Sorgeberechtigte profitieren davon, positive Entwicklungen bei den Jugendlichen beobachten zu können.	<i>"Wenn es dem Kind besser geht. Ich glaube schon, wenn die Komorbidität sinken. Wenn sie das Gefühl haben: "Meinem Kind geht es wieder gut und es ist auf dem richtigen Weg.""</i> EXPGD027	
Entlastung/ Verantwortungsabgabe (NS)	Sorgeberechtigte profitieren von der Möglichkeit, Verantwortung abzugeben und Unterstützung der eigenen Belastung zu erfahren.	<i>"(...) dass sie entlastet werden, dass ihr Kind wohin gehen kann und sie mit dieser Thematik entlastet werden, weil die Eltern ja eigentlich auch immer überfordert sind, mit der Thematik, dass eine neutrale Fachperson mit ins System kommt."</i> EXPGD030	

Erfahrungen im Gesundheitswesen			
	Definition Unterkategorie	Ankerbeispiele Unterkategorie	Kodierregeln Unterkategorie
Keine Erfahrungen im Gesundheitswesen	Expert_innen sind unter ersten Anlaufstellen und Patient*innen bringen dementsprechend wenig bis keine Vorerfahrungen mit.	<i>"Dazu höre ich eigentlich nichts. Von positiven oder negativen Vorerfahrungen. Die kommen ja meistens über den Kinderarzt zu uns und kommen eigentlich direkt."</i> EXPGD019	ausschließlich keine Erfahrungen
Vorrangig positive Erfahrungen im Gesundheitswesen	Expert_innen berichten von überwiegend positiven und vereinzelt negativen Vorerfahrungen im Gesundheitswesen.	<i>"Negativ wenig. Höchstens vereinzelt, dass sie auf negative Äußerungen gestoßen sind oder im Gesundheitswesen denke ich wenig."</i> EXPGD031	überwiegend positive Erfahrungen
Heterogene Erfahrungen im Gesundheitswesen	Expert_innen berichten von ausgeglichen vielen positiven und negativen bzw. keinen Erfahrungen.	<i>"Super unterschiedlich. Weil ich glaube, alles, was ich sage kann in beide Richtungen gehen, sowohl positiv als auch negativ. Kontaktaufnahme zu Hausarzt ist manchmal je nach Hausarzt extrem positiv, weil das häufig der erste Ansprechpartner der Eltern ist. Und manchmal extrem negativ, wenn der von der Symptomatik keine Ahnung hat. Vorbehandler heißt nicht Schule, sondern meistens bin ich tatsächlich eine der ersten Ansprechpartnerinnen. Deshalb ist das ein bisschen schwierig zu beantworten."</i> EXPGD020	ausgeglichene Mischung aus positiven, negativen und teilweise gar keinen Erfahrungen

Vorrangig negative Erfahrungen im Gesundheitswesen	Expert_innen berichten von überwiegend negativen und vereinzelt positiven Vorefahrungen im Gesundheitswesen.	<i>"Viele berichten schon über diskriminierende Erfahrungen. Gerade, wenn es um vorherige vollstationäre Behandlungen ging, dass sie nicht ernst genommen werden in ihrem Wunschgeschlecht und mit ihrem Wunschnamen und zum Teil in andere Zimmer gesteckt werden. Oder dass ihnen abgesprochen wird, dass sie für sich selber entscheiden können."</i> EXPGD013	überwiegend negative Erfahrungen
--	--	--	----------------------------------

Positive Erfahrungen Gesundheitswesen			
	Definition Unterkategorie	Ankerbeispiele Unterkategorie	Kodierregeln Unterkategorie
Guter Umgang in Schulen	Expert_innen berichten von professionellem und offenem Umgang mit GD in Schulen.	<i>"Ja, also in den Schulen erlebe ich einen absolut offenen und positiven und wertschätzenden Umgang damit."</i> EXPGD002	
Verständnisvoller, wertschätzender Umgang	Engagierte Fachkräfte, die verständnisvoll mit dem Thema GD umgehen und den Patient_innen wertschätzend gegenüber treten.	<i>"(...) also positiv erleben manche schon auch ja wertschätzende Haltung von Kinderärzten und Co. also, dass dem Wunsch zum Beispiel nach sozialem Rollenwechsel auch begegnet wird(...)"</i> EXPGD016	
Weiterleitung an mit dem Thema vertraute Ärzt_innen/Psycholog_innen	Erstansprechpartner stehen zu Wissenslücken und verweisen weiter an mit dem Thema besser vertraute Fachkräfte.	<i>"Und positiv ist halt eben, dass viele Kollegen mittlerweile, die sie dann, wenn sie das nicht kennen, an mich schicken, (...)"</i> EXPGD014	

Negative Erfahrungen Gesundheitswesen			
	Definition Unterkategorie	Ankerbeispiele Unterkategorie	Kodierregeln Unterkategorie
Unwissenheit/Berührungängste	Unwissenheit führt zu Berührungängsten auf ärztlicher und therapeutischer Seite, Therapie der GD wird nicht durchgeführt und gleichzeitig fehlen Informationen zu möglichen Ansprechpartner_innen.	<i>"Niemanden gefunden zu haben, der das kennt, das Thema oder auch von Fachpersonen zurückgewiesen worden zu sein: "Ich kann Ihnen da nicht helfen, ich kenne mich nicht aus. Sie sind hier falsch und ich weiß auch nicht wohin." "</i> EXPGD001	keine Therapie
Mangelhaft durchgeführte Therapie	Therapie wird begonnen/durchgeführt, aber GD wird nicht behandelt. Patient_innen werden teilweise hingehalten, die	<i>"Mit dem Bereich beschäftige ich mich nicht, der ist mir zu heißes Eisen." Und dann machen die aber zwei Jahre Therapie und dann brechen sie ab. Also ich würde sagen, das sind eigentlich die wirklich</i>	Therapie, aber mangelhaft

	Behandlung von anderen psychischen Störungen in den Vordergrund gestellt und Therapien teilweise nach Monaten einfach abgebrochen.	<i>zentralen Geschichten im medizinischen Bereich."</i> EXPGD023	
Offene Ablehnung	GD wird von Fachpersonal nicht ernst genommen und Patient_innen sind teilweise offener Ablehnung oder Behandlungsverweigerung ausgesetzt.	<i>"Aber viele haben natürlich eine große Odyssee hinter sich, sich nicht getraut, sind in Frage gestellt worden, unglücklicherweise auch von psychotherapeutischen Vorbehandlern als nicht glaubwürdig erachtet worden usw."</i> EXPGD026 <i>"Viele berichten schon über diskriminierende Erfahrungen. Gerade, wenn es um vorherige vollstationäre Behandlungen ging, dass sie nicht ernst genommen werden in ihrem Wunschgeschlecht und mit ihrem Wunschnamen und zum Teil in andere Zimmer gesteckt werden. Oder dass ihnen abgesprochen wird, dass sie für sich selber entscheiden können."</i> EXPGD013	
Vorschnelle Indikationsstellung	Vorschnelle Indikationsstellung und mangelnde Aufklärung von körpermedizinischen Maßnahmen führen häufig zu problematischen Verläufen.	<i>"Also junge Patienten, die sich haben operieren lassen, insbesondere Frauen zu Mann GA-OP, die halt einfach eine Riesengeschichte ist, bezeichnen sich selbst über langen Zeitraum als Baustelle, erleben sich so: Das ist eine enorme Belastung mit irgendwelchen angenähten Teilen, die nach nichts aussehen, jedenfalls nicht so wie gewünscht, gleichzeitig zu funktionieren. Es muss bekannter werden, weil damit ja auch keine Arbeits- oder Ausbildungsfähigkeit mehr verbunden ist hauptsächlich wegen der Haufen Termine."</i> EXPGD001	
Lange Wartezeiten	Ein zu geringes Angebot von mit dem Thema GD vertrauten Fachpersonal führt zu langen Wartezeiten und/oder weiter Anreise. Sei es für einen Psychotherapieplatz, Gutachten oder körpermed. Behandlung.	<i>"(...) die verzweifelte Suche nach einem Psychotherapie Platz. Die ergebnislose Suche, das ist was, was für viele Eltern und für die Kinder und Jugendlichen oft extrem belastend ist."</i> EXPGD017	

Herausforderungen bei Indikationsstellung			
	<i>Definition Unterkategorie</i>	<i>Ankerbeispiele Unterkategorie</i>	<i>Kodierregeln Unterkategorie</i>
Hoher Forschungsbedarf	Expert_innen wünschen sich mehr Forschung zu Entwicklungspsychologie, Frühbehandlung, Hormone und Langzeitfolgen und Ursachen der GD. Ein Wunsch nach systematischen Nachbefragungen besteht.	<i>"Wir brauchen Forschung, Forschung, Forschung. Wir brauchen sichere Indikatoren, die uns früher zeigen als bisher, wer in welche Gruppe gehört." EXPGD003</i>	
Schwierigkeit definitiver Entscheidungen in jungem Alter	Expert_innen berichten von Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit dem jungen Alter mancher Patient_innen stehen. Themen wie Persönlichkeitsentwicklung, Geschlechtsidentität, Entscheidungsreife und Fertilitätsprotektion werden angesprochen.	<i>"Einwilligungsfähigkeit, also umso jünger, umso weniger Konzepte, umso weniger haben die Kinder Zugriff auf diverse Konzepte von Geschlechtsidentitäten und auch umso weniger realistische Einschätzung bezüglich der Behandlungserfolge." EXPGD009</i>	
Aufwändiger Entscheidungsfindungsprozess	Bei der Entscheidung zur Geschlechtsangleichung handelt es sich um einen schwierigen, umfang- und folgenreichen Prozess ohne sichere Indikatoren. Der Weg dorthin erfordert ein hohes Maß an Begleitung.	<i>"Also der Entscheidungsfindungsprozess ist aufwändiger, weil die Konsequenzen ja in der Regel bleibend sind und auch tiefgreifend sind. Und das ist, finde ich, so die Herausforderung, dass man sich eben wirklich ein Bild machen muss und dann eben auch eine Entscheidung treffen muss. Also man muss ja dann auch sagen: "Ja, wir machen das jetzt"" EXPGD002</i>	

	<i>Definition Unterkategorie</i>	<i>Ankerbeispiele Unterkategorie</i>	<i>Kodierregeln Unterkategorie</i>
Irreversibilität pubertärer/körperlicher Veränderungen	Sowohl auf natürlichem Wege während der Pubertät stattfindende, als auch durch Hormonblockade, Hormone und OPs herbeigeführte körperliche Veränderungen sind irreversibel. Behandler_innen berichten von Schwierigkeiten bei der Festlegung der richtigen Maßnahmen zum richtigen Zeitpunkt.	<i>"Und dass das alles dadurch verkompliziert ist, dass es einen Zeitdruck gibt, der durch die körperliche Pubertätsentwicklung entsteht. Und dadurch die Schwierigkeit besteht, einen optimalen Zeitpunkt, nicht nur eine richtige Entscheidung, sondern die auch zum richtigen Zeitpunkt zu treffen. Und das ist der Balanceakt, der sicherlich nicht immer gelingt."</i> EXPGD024	
Quantitatives Versorgungsproblem		<i>"Und ansonsten denke ich, sind die Strukturen, die vorhandenen Strukturen eigentlich gut. Alle haben zu wenige Ressourcen, was sich natürlich dann in den Anmelde- und Wartezeiten bemerkbar macht, was ja für die Familien schwierig ist, dass die Versorgungssituation im ganzen KJP Bereich halt auch beschränkt ist."</i> EXPGD034	
Hohe Verantwortung der Behandelnden	Die Einschätzung, welcher Weg für die Patient_innen der Beste ist, ist höchst individuell. Behandler_innen sind durch die Verantwortung, die "richtige" Entscheidung zu treffen, hohem Druck ausgesetzt.	<i>"Na ja, die Schwierigkeit ist ja immer: Ist man sich sicher, dass man mit der Indikationsstellung eine richtige Entscheidung trifft, weil man ja eine Mitverantwortung übernimmt."</i> EXPGD002	
Reflexion der Machtposition	Expert_innen betonen, wie wichtig es ist sich bewusst zu machen, dass Entscheidungen, die man als Fachperson trifft, tiefgreifende Folgen für Patient_innen haben.	<i>"Also, dass man sozusagen für sich klar hat, welche Voraussetzungen müssen vorliegen, dass ich mit gutem Gewissen, das befürworten kann. Was ich ein bisschen schwierig finde, ist die Machtposition, die man damit hat, also über solche Sachen zu entscheiden. Das finde ich schwierig. Also dann muss man sich irgendwie sehr darüber im Klaren sein, dass man das nicht missbraucht(...)"</i> EXPGD002	
Kontroverse unter "Fachleuten"	Divergierende Informationen und Auseinandersetzungen in der Fachgesellschaft führen zu Unsicherheit auf Behandler_innen- und Behandelenseite.	<i>"Na ja, spannend ist ja eigentlich, sich psychologisch oder psychodynamisch zu überlegen, warum in unserer Gesellschaft dieses Thema so heftig kontrovers in Schwarz-Weiß-Diskussionen behandelt wird.(...)"</i> EXPGD035	

	Definition Unterkategorie	Ankerbeispiele Unterkategorie	Kodierregeln Unterkategorie
Familiäre/Soziale Voraussetzungen	Das Umfeld in dem Patient_innen aufgewachsen sind und die teilweise divergierenden Meinungen von Patient_innen und Sorgeberechtigten bzw. Sorgeberechtigten untereinander haben einen großen Einfluss auf das Outcome der Behandlung.	<i>"(...) also eine Schwierigkeit ist mal, sage ich ganz ehrlich, also oft mal die psychosozialen und familiären, also die sozialen Voraussetzungen, in denen Jugendliche leben." EXPGD029</i> <i>"Die Jugendlichen sind schon viel weiter und haben sich schon wahnsinnig schlau gemacht. Und die Eltern fangen gerade erst an, sich mit dem Thema zu beschäftigen und haben große Sorge, dass man irgendetwas macht, was zu schnell geht und irreversibel ist. Und das ist so die Hauptaufgabe am Anfang, finde ich, ein gemeinsames Tempo zu entwickeln." EXPGD038</i>	
Erschwerte Diagnose/Therapie durch Komorbiditäten	Psychiatrische Komorbiditäten erschweren sowohl Diagnose als auch Therapie.	<i>"Also ich glaube, eine Herausforderung ist immer, wenn eine psychische Begleiterkrankungen besteht, die sehr ausgeprägt ist, also zum Beispiel mit akuter Suizidalität oder schwerster Selbstverletzung einhergeht und die psychische Stabilität für eine Hormonbehandlung zum Beispiel oder auch für einen chirurgischen Eingriff gar nicht da ist." EXPGD017</i>	
Hoher Zeitaufwand durch Bürokratie	Kostenübernahme, Indikationsstellungen für einzelne Maßnahmen (Hormone, OPs, Personenstandsänderung etc.), Gutachten und Kommunikation mit Behörden kosten Behandler_innen viel Zeit.	<i>"Also wenn ich mal die Indikationsstellung für die Hormonbehandlung gemacht habe, warum muss ich dann auch noch für die Brustoperation noch mal ein Gutachten machen? Nur, damit es die Krankenkasse übernimmt. Also von der Kostenseite her. Und natürlich, dann muss ja noch mal ein Gutachten für die Personenstandsänderung sein. Das ist auch schon mal- Also Verschlankung der sonstigen Strukturen." EXPGD008</i>	
Versorgungsunsicherheit	Schwierigkeiten beim Wechsel von Kinder-/Jugend- zu Erwachsenenbereich und allgemein unzureichende Vernetzung mit anderen Fachkräften führen zu Versorgungsunsicherheit.	<i>"Es geht zwar jetzt bis 21 weiter, aber wir haben ja so einen Wahnsinnsdruck von den Jüngeren, dass wir die gerne an die Erwachsenenpsychiater weitergeben wollen, und die Erwachsenenpsychiater mauern total und nehmen keine neuen Patienten auf, weil die völlig überlastet sind." EXPGD008</i>	

Nachhaltigkeit und Kontinuität somatomed. Behandlung			
	<i>Definition Unterkategorie</i>	<i>Ankerbeispiele Unterkategorie</i>	<i>Kodierregeln Unterkategorie</i>
Nachhaltigkeit schwer zu beurteilen	Zufriedenheit mit somatomed. Behandlung ist durch fehlende Langzeitdaten und große Bandbreite von Erfahrungen schwer zu beurteilen.	"Wobei uns da einfach die Langzeitdaten fehlen dann." EXPGD037	
Zufriedenheit mit somato.med. Behandlungen	Bis auf Einzelfälle hohe Zufriedenheit mit somatomedizinischen Behandlungen.		
Vereinzelt Unzufriedenheit	Vereinzelt Unzufriedenheit durch mangelndes Erwartungsmanagement, nicht zufriedenstellendes OP-Ergebnis und UEWs von Hormonen.	"(...) oder die Jugendlichen was erleben, was sie sich vielleicht anders vorgestellt hatten (...)" EXPGD030	
Unzufriedenheit mit geschlechtsangleichenden OPs im Erwachsenenbereich	Berichte von Unzufriedenheit im Erwachsenenbereich (geschlechtsangleichende Operationen)		

Detransition			
	<i>Definition Unterkategorie</i>	<i>Ankerbeispiele Unterkategorie</i>	<i>Kodierregeln Unterkategorie</i>
Keine Erfahrungen mit Detransition	Expert_in hat keine Erfahrungen mit Detransitionen.	"Nein, habe ich nicht. Aber es kann auch sein, dass ich das nicht mitkriege. Wenn die dann, weiß ich nicht, vielleicht schon Mitte Ende 20 sind, dann würden die sich vielleicht an jemand anderes wenden. Aber muss ich verneinen. Oder darf ich, kann ich verneinen." EXPGD031	
Wenig Erfahrungen mit Detransition	Expert_in hat Erfahrungen mit kleiner Menge von Detransitionen.	"Ja, ich habe von zwei Patientinnen oder Transmädchen gehört, die in der Erwachsenenbetreuung dann detransitioniert sind. Jetzt, bei dem einen oder der einen weiß ich, dass die dann wieder begonnen hat mit Östrogen, aber bei einem glaube ich, dass er tatsächlich komplett detransitioniert ist. Aber das ist ein wichtiger Punkt und das ist eins unserer nächsten Projekte, einmal unsere nachzuverfolgen. Wir haben zwar die Kollegin ..., die die Erwachsenen betreut, aber es ist immer ein großer Graben zwischen der Jugendmedizin und den Erwachsenenmedizin." EXPGD028	Menge von Detransitionen während gesamter Berufslaufbahn im einstelligen Bereich
Viel Erfahrungen mit Detransition	Expert_in hat Erfahrungen mit großer Menge von Detransitionen.	"Ja, ich habe schon mehrere erlebt." EXPGD019	

Verlauf psych. Gesundheit			
	<i>Definition Unterkategorie</i>	<i>Ankerbeispiele Unterkategorie</i>	<i>Kodierregeln Unterkategorie</i>
Veränderung psychischer Gesundheit schwer zu beurteilen	Veränderungen psychischer Gesundheit sind z.B. durch Wechsel in den Erwachsenenbereich schwer zu beurteilen.	"Bisher nicht, aber da ist die Datenlage schwierig. Da sind wir jetzt auch am Schauen, Kooperation mit Erwachsenen, dass wir dann vielleicht eben über die Schwelle hinaus Daten erfassen." EXPGD027	
Erfahrung mit günstigem psychischen Verlauf	Expert_innen berichten von Patient_innen, die nach Beginn somatomedizinischer Interventionen Entlastung erleben, ihren Alltag erfolgreicher bewältigen können und weniger psychische Schwierigkeiten haben.	"Aber bei vielen sehen wir eine deutliche Verbesserung nach Beginn körpermedizinischer Maßnahmen (...)" EXPGD039	

	Definition Unterkategorie	Ankerbeispiele Unterkategorie	Kodierregeln Unterkategorie
Keine Erfahrungen mit ungünstigen Verläufen bzgl. psychischer Gesundheit	Expert_innen haben keine Erfahrungen mit ungünstigen Verläufen bezogen auf die psychische Gesundheit nach Beginn somatomedizinischer Interventionen.	<i>"Nein, haben wir tatsächlich nicht."</i> EXPGD010	
Ungünstiger Verlauf bei Patient_innen mit bekannten Koinzidenzen	Vor Beginn somatomedizinischer Intervention bestehende Persönlichkeitsstörungen/Komorbiditäten und Traumata in der Vergangenheit haben einen Einfluss auf den allgemeinen Verlauf der psychischen Gesundheit. (immer doppelt kodiert mit allgemeiner Kategorie "ungünstiger Verlauf")	<i>"Diejenigen, wo es vorher eine hohe psychopathologische Symptombelastung gab, gab es die hinterher meistens auch, nur dass sie noch ein Problem mehr hatten."</i> EXPGD013	
Erfahrungen mit ungünstigen Verläufen bei Patient_innen	Expert_innen berichten von ungünstigen Verläufen bezogen auf die psychische Gesundheit nach Beginn somatomedizinischer Interventionen.	<i>"Also, wenn sich eine Essstörung entwickelt hat, dann ist das wirklich schwer, die chronifiziert - das ist unsere Erfahrung - eigentlich sehr zuverlässig. Und da ist die Ursache vielleicht manchmal die Geschlechtsdysphorie."</i> EXPGD009 <i>"Oft habe ich auch Rückmeldungen gekriegt, dass es nach Jahren dann doch irgendwelche Probleme gegeben hat."</i> EXPGD007 <i>"(...) bis dato bei zwei Patienten, bei denen unter Testogabe das Konzentrationsvermögen und die Aufnahmefähigkeit so abgenommen haben, dass sie schulisch aus dem System geflogen sind."</i> EXPGD020	

B3: Kooperierende Einrichtungen und Interesse an Weiterbildungen			
Fachliche Vernetzung			
	<i>Definition Unterkategorie</i>	<i>Ankerbeispiele Unterkategorie</i>	<i>Kodierregeln Unterkategorie</i>
Vernetzung eher gut	Expert_innen sind eher zufrieden mit der fachlichen Vernetzung.	"Also gut, ich würde sagen, ausreichend." EXPGD34	eher zufrieden
Vernetzung unterschiedlich gut	Expert_innen sind weder zufrieden noch unzufrieden mit der fachlichen Vernetzung und schätzen diese als wechselhaft bzw. unterschiedlich, je nachdem um welche Kooperation es geht, ein.	"Und so mit den niedergelassenen Kollegen ist es sehr wechselhaft. Also je nachdem, wie viel Zeit die auch dafür zur Verfügung haben." EXPGD013	weder zufrieden noch unzufrieden oder wechselhaft
Vernetzung eher schlecht	Expert_innen sind eher unzufrieden mit der fachlichen Vernetzung.	"Verbesserungswürdig, immer." EXPGD025	eher unzufrieden
Keine Aussage	Frage wurde von Interviewer vergessen oder Experte hatte keine Antwort auf die Frage.		

Informations-/Unterstützungsbedarfe Behandelnde			
	<i>Definition Unterkategorie</i>	<i>Ankerbeispiele Unterkategorie</i>	<i>Kodierregeln Unterkategorie</i>
Ausbau von inter-/intradisziplinärer Zusammenarbeit	Expert_innen wünschen sich einen Ausbau von sowohl intra- als auch interdisziplinärer Zusammenarbeit. Zum Beispiel in Form von Qualitätszirkeln.	"(...) denke ich, ist eine interkollegiale Vernetzung, und zwar sowohl unter den Psychotherapeuten, als auch zwischen psychotherapeutisch, psychiatrisch tätigen und in anderen medizinischen Disziplinen nötig." EXPGD001	bessere Vernetzung
Verbessertes Informationsangebot/Leitlinien	Behandler_innen wünschen sich ein verbessertes Informationsangebot, speziell die Publikation der S3-Leitlinien wird mehrfach gewünscht.	"Ich glaube, es sind grundlegende Informationen zu Geschlechtsinkongruenz im Kindes- und Jugendalter, Angaben zumal zu den Leitlinien, zu den relevanten Leitlinien national und international." EXPGD005	
Schulung von pädagogisch tätigen Personen/Jugendämtern/ med. Personal	Expert_innen wünschen sich Schulung von pädagogisch tätigem und medizinischem Personal.	"Auch Fortbildungsangebote für alle Menschen, die mit Jugendlichen arbeiten, Lehrer, Betreuer, Sozialpädagogen, Psycholog*innen, Ärzt*innen natürlich." EXPGD005	
Zertifizierung/Spezialisierung für Indikationsstellende/Behandelnde	Expert_innen halten eine Zertifizierung von Indikationsstellenden für sinnvoll.	"(...) eine Zertifizierung für diejenigen einzuführen, die die Indikationsstellung begutachten." EXPGD008	

	<i>Definition Unterkategorie</i>	<i>Ankerbeispiele Unterkategorie</i>	<i>Kodierregeln Unterkategorie</i>
Mehr Flexibilität im bürokratischen Apparat	Expert_innen wünschen sich mehr Flexibilität bezüglich des bürokratischen Apparates und erhoffen sich dadurch z.B. mehr Zeit für andere Dinge.	"Also dass Schulen auch sagen können: "Wir stellen natürlich ganz klar das Zeugnis auf zwei Namen aus, dann hast du eins, wenn der rechtliche Name noch der Geburtsname ist, dann hast du eins", also mehr Flexibilität in diesem ganzen bürokratischen Apparat. Also, man hat ja schon den DGTI Ausweis, aber dass es bestimmte Dinge auch gibt, wenn man sich vor allem in einer fortgeschrittenen Transition bewegt, dass man dann schon irgendwie ja den Namen oder das Pronomen ändern kann, ohne dass es gleich ein Gerichtsverfahren geben muss." EXPGD022	

Weiterbildungen			
	<i>Definition Unterkategorie</i>	<i>Ankerbeispiele Unterkategorie</i>	<i>Kodierregeln Unterkategorie</i>
Zufriedenheit mit Weiterbildungsangebot	Expert_innen sind zufrieden mit dem ihnen gebotenen Weiterbildungsangebot.	"Also ich denke, die Weiterbildungsmöglichkeiten sind gut. Also ich war eben seit Jahren regelmäßig bei diesen Fortbildungen." EXPGD004	
Ausbildung	Genderdysphorie soll als fester Bestandteil in die Ausbildung von Psycholog_innen, Psychiater_innen, Pflegekräften etc. aufgenommen werden.	"Na ja, erst mal soll es natürlich ein integraler Bestandteil in der Ausbildung sein, von Psychotherapeuten." EXPGD035	
Fachtagungen/Fortbildungen/ Weiterbildungen	Expert_innen wünschen sich mehr Weiterbildungen und Fortbildungen, haben unter anderem großes Interesse an Online Angeboten und erhoffen sich dadurch insgesamt geringere Berührungängste mit dem Thema.	"Ich glaube, es besteht an vielen Stellen auch noch ein großer Fort- und Weiterbildungsbedarf." EXPGD017	

Zusätzliche Versorgung- und Hilfsangebote			
	<i>Definition Unterkategorie</i>	<i>Ankerbeispiele Unterkategorie</i>	<i>Kodierregeln Unterkategorie</i>
Erweiterung der Versorgung von GD	Expert_innen wünschen sich eine flächendeckende Versorgung durch geschulte Behandler_innen bzw. allgemein ausgedrückt eine Verbesserung des quantitativen Versorgungsproblems.	<i>"Ich denke, wünschenswert wäre primär einen schnellen Zugang, mehr Therapiemöglichkeiten."</i> EXPGD031	mehr mit dem Thema vertraute Behandler_innen
Keine weiteren Versorgung- und Hilfsangebote	Expert_innen haben den Eindruck, dass Jugendliche keine weiteren Versorgungs- und Hilfsangebote benötigen.	<i>"Versorgungs- und Hilfsangebote? Ich denke, da gibt es schon einiges. In unserer Region gibt es genug, denke ich. Pädiater sind sensibilisiert, wir in der Kinderpsychiatrie sind sensibilisiert, in Schulen sind sie sensibilisiert, das Thema. Die Schulsozialarbeiter bei uns in jeder Schulklasse. Da machen wir auch Weiterbildungen für die Schulsozialarbeiter, die Schulpsychologen. Sehr vernetzt, bei uns, in unserer Region."</i> EXPGD019	
Ausbau von Gruppenangeboten	Expert_innen halten einen Ausbau von Gruppenangeboten jeglicher Art für sinnvoll.	<i>"Mehr Aktivitäten im - ich nenne es mal - queeren Kontext. Das Sammelbecken für die Jugendlichen ist ja sehr häufig die queere Szene. Und da ist im ländlichen Raum nicht so viel los und irgendwie sag ich mal Gruppen, Jugendgruppen, geschützte Gruppenangebote, pädagogisch begleitete Gruppenangebote, zur Gestaltung von sozialen Kontakten in der neuen Identität und nicht so eine Vereinzelung."</i> EXPGD020	
Verbesserter Zugang zu Informationen	Expert_innen wünschen einen vereinfachten Zugang zu wissenschaftlich basierten Informationen. Sei es durch offizielle Beratungsstellen, Vorträge in Kliniken oder Veröffentlichungen in der Fachpresse.	<i>"(...) es braucht mehr Beratungsangebot neben der Psychiatrie. Da gibt es nicht ausreichend. Also auch auf so einer rein pädagogischen Ebene oder auf einer Transberatungsebene und dann ja genau mit der Beratung zu Geschlechtsdysphorie."</i> EXPGD016	

Weitere wichtige Themen			
	<i>Definition Unterkategorie</i>	<i>Ankerbeispiele Unterkategorie</i>	<i>Kodierregeln Unterkategorie</i>
Ermüdungserscheinung auf Behandler_innenseite/ Behandlung anderer Krankheitsbilder kommt zu kurz	Manche Behandler_innen haben das Gefühl, dass sich ihr Behandlungsumfang durch das quantitative Versorgungsproblem und den dadurch entstehenden Patient_innenzustrom auf das Thema GD reduziert sobald bekannt wird, dass sie diesbezüglich eine Behandlung anbieten.	<i>"Wenn alle das machen und wenn es irgendwie an wenigen hängen bleibt, dann besteht eben auch die Gefahr, dass die irgendwann ausgebrannt sind."</i> EXPGD002	
Gefühl als med. Personal "überflüssig" zu sein	Behandler_innen fühlen sich bei Patient_innen mit klarer Geschlechtsidentität und klaren Behandlungsvorstellungen teilweise überflüssig.	<i>"Eigentlich empfinde ich mich oft als überflüssig, weil die an sich schon wissen, was sie wollen und eigentlich nur eine Unterschrift von mir wollen. So sage ich das mal ganz extrem ausgedrückt."</i> EXPGD007	

Anlage 3: Kodierleitfaden zur Auswertung der qualitativen Interviews der KJPP

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
K1: Versorgungsbedarf						
Veränderung der Anliegen/ Bedürfnisse der Jugendlichen in den letzten 10 Jahren						
	Bedürfnisse haben sich nicht verändert.	keine Veränderung des qualitativen Bedarfs in Hinblick auf die Pat-Gruppe in den letzten 10 Jahren	"Ja, ne, die Bedarfe an sich haben sich gar nicht so unbedingt verändert, würde ich sagen" (EXPJPP016)			
	Bedarf ist größer geworden	KJPler:n sieht eine quantitative Zunahme des Bedarfs	"Ja, der Bedarf ist größer geworden..." (EXPJPP002)			
	Pat üben hohen Druck aus	Pat. formulieren die Dringlichkeit ihrer Anliegen, und setzen Behandelnde damit teilw. unter Druck	"Dringend und drängend. Also ich brauche ganz dringend sofort eine Behandlung" (EXPJPP002)			
	Pat sind informierter	Pat haben mehr Vorwissen zu GD	"..., oder die Patienten sind informierter..." (EXPJPP002)			
	differenziertere Behandlungswünsche	Pat haben konkretere Vorstellungen und Behandlungswünsche, die sie teilw. Bereits zu Beginn des Prozesses formulieren	"..., also kommen mit klareren Vorstellungen was zu tun ist." (EXPJPP002)		Pat haben klarere Vorstellungen/ Behandlungswünsche	
	größerer Wunsch nach körpermedizinischer Transition	Pat äußern im Gegensatz zu früher einen stärkeren Wunsch nach körperlicher Transition, setzen sich teilw. unter Druck	"Und da [früher] ging es nicht so sehr um invasive Veränderungen wie Hormonbehandlung" (EXPJPP003)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
K1: Versorgungsbedarf						
Veränderung der Anliegen/ Bedürfnisse der Jugendlichen in den letzten 10 Jahren						
	jüngere Pat	Jugendliche/ Kinder formulieren schon im jüngeren Alter geschlechtsdysphorisches Erleben und daraus resultierende Bedürfnisse	"Ich glaub sie (die Bedürfnisse) werden früher berichtet." (EXPKJP011)			
	Hör- und Sichtbarkeit der queeren Community	Queere Menschen gehen vermehrt an die Öffentlichkeit, verschaffen sich Gehör und sind dadurch sichtbarer in der Gesellschaft	"Also es gibt mehr Menschen, die auch in die Öffentlichkeit treten und gesehen werden wollen in dem, dass sie nicht klassisch einem Geschlecht zugeordnet werden wollen oder eben sich einen Geschlechtswechsel wünschen" (EXPKJPP033)		Jugendliche gehen offener mit geschlechtsdysphorischem Erleben um	
					Hinterfragen der Gestaltung des öffentlichen Raums nach binärer Geschlechtervorstellung	
	vielfältigere Geschlechtsidentitäten	somatomedizinische Behandlungswünsche bei GD orientieren sich nicht mehr nur nach männlich und weiblich, sondern bilden eher ein Spektrum von Frau bis Mann ab	Ne also, früher war es schon so, dass das sehr polarisiert war, das heißt ich will von biologisch Frau zu, zu äußerlich, (...), medizinisch als Mann angeglichen werden. (...) Das ist jetzt			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
K1: Versorgungsbedarf						
Veränderung der Anliegen/ Bedürfnisse der Jugendlichen in den letzten 10 Jahren						
			nicht mehr so. Ne, ich fühle mich zu 80% als Mann, ich möchte als Er angesprochen werden, will aber keine, kein Testosteron, und will nur eine Brustamputation und will sonst aber nichts" (EXPJPP015)			
	intensivere Betreuung der Pat nötig	Pat benötigen eine intensivere Betreuung als andere Pat-Gruppen, die Frequenz der Termine ist höher	"In Bezug darauf fiel mir nämlich gerade auf, dass wir standardmäßig eigentlich nicht alles vier Wochen Termine machen, also das ist ne Gruppe, die kriegt das, weil sie es braucht." (EXPJPP020)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Erklärungsmodell für die Entwicklung						
	mehr Individualisierungs- / Identifikationsmöglichkeiten und ggf. Verunsicherung	größeres Angebot an Identifikationsmöglichkeiten und gegebenenfalls damit einhergehende Überforderung/ Verunsicherung	"allgemein gesellschaftlichen Veränderung, also nach dem Motto, alles ist möglich. Es gibt weniger Grenzen. Und es gibt glaub ich eine noch stärkere Individualisierung als früher." (EXPKJPP003)		Jugendliche verunsicherter in ihrer Identitätsbildung	
	größeres Bewusstsein/ mehr Thematisierung in der Gesellschaft (<i>gesellschaftlich präsenter</i>)	es gibt mehr öffentlichen Diskurs über GD/GI, und dadurch ein größeres Bewusstsein für das Thema	"Das Thema, überhaupt die, die Thematik, ist stärker im Bewusstsein jetzt." (EXPKJPP002)		GD wird gesellschaftlich mehr thematisiert größeres Bewusstsein auch bei den Eltern mehr mediale Aufmerksamkeit	
	größere Akzeptanz in der Gesellschaft/ Betroffene trauen sich eher, sich zu äußern	zunehmende Toleranz/Verständnis der innerhalb der Gesellschaft für GD, geben Betroffenen mehr Raum für freies Ausleben	"Ja, weil sie eben auch eine größere Akzeptanz in der Gesellschaft, ja, viel mehr erwarten, und vielleicht eben auch kriegen" (EXPKJPP001)			
	größeres und differenzierteres Angebot an Behandlungsmöglichkeiten	somatomedizinische Behandlungen sind erst in den letzten 10 Jahren zu einer Option geworden, sie sind vielseitiger, komplexer und individueller umsetzbar, der Zu-	"(...), es gibt auch vielleicht mehr Versorgungsmöglichkeiten als noch vor 10 Jahren. Anlaufstellen, wo man sich überhaupt hinwenden kann." (EXPKJPP021)		differenziertere Möglichkeiten der somatischen Medizin somatische Therapien erst seit den letzten 10 Jahren eine Behandlungsoption	

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Erklärungsmodell für die Entwicklung						
		gang zu körpermedizinischen Behandlungen ist leichter			Mehr Anlaufstellen als vor 10 Jahren/besserer Zugang zum Hilffsystem	
	Unattraktivität der weiblichen Rolle in der Gesellschaft (RQ1-62)	weiblich gelesene Menschen sind mit ihrer Rolle in der Gesellschaft unzufrieden, GD stellt eine Möglichkeit zur Lösung des damit einhergehenden Identitätskonflikts dar	"..und früher eher der, sozusagendie Unzufriedenheit mit der Geschlechtsrolle anders bearbeitet worden ist bei den jugendlichen Mädchen." (EXPKJPP009)			
	GD im Zusammenhang pubertärer Auseinandersetzung mit eigener Geschlechtsidentität/-errolle	Jugendliche setzen sich vermehrt im Rahmen ihrer Pubertät auch mit der eigenen Geschlechtsidentität auseinander und hinterfragen diese ggf. mehr	"Was wir aber erleben, dass es im Moment häufig im Rahmen der Pubertätsentwicklung Geschlechtsunsicherheiten gibt, die aber nicht zwingend damit einhergehen, dass sie dann tatsächlich in eine Geschlechtsumwandlung münden." (EXPKJPP033)		pubertäre Auseinandersetzung mit Geschlechtsidentität/-rollen	
	GD als mögliche "Lösung" von adoleszenten Identitätskonflikten	innerhalb pubertärer Identitätskrisen stellt für Jugendliche GD ein mögliches Erklärungsmodell für die Entstehung dieser Krisen dar	"..., dass Jugendliche, die grundsätzliche Identitätsprobleme haben, die ja nicht so ganz selten sind in der frühen Adoleszenz und der mittleren, die eher konkretisieren in der Frage, ich bin im			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Erklärungsmodell für die Entwicklung						
			falschen Geschlecht, ..." (EXPJPP009)			
	Medien/social media als Informationsquelle und Austauschmöglichkeit	Jugendliche kommen über Medien/ social media vermehrt mit GD in Kontakt, bekommen vielfältige Informationen von Laien	"Und natürlich auch über das, was im social media, YouTube, was, was die Patienten auch wiederfinden können und sch da auch ausleben, probieren können, dass das möglich ist."(EXPJPP015)			
	ROGD/ GD als "Modethema"/ soziale "Ansteckung"	GD wird als Modeerscheinung empfunden, FA hat Vermutung, dass Jugendliche sich gegenseitig "anstecken"	"Ja, durch die Medien, die natürlich viel mehr Raum dafür bieten, was ja einerseits auch schön ist, was aber natürlich auch viele Mitläufer aufspringen lässt..." (EXPJPP022)			
	kein Erklärungsmodell	IP hat kein Erklärungsmodell für den veränderten Bedarf, möchte sich nicht festlegen	"Ne. Ich könnte jetzt fantasieren, aber ich hab keins." (EXPJPP014)			<i>nur in EXPKPP014</i>
	mehr virtuelle/ weniger reale soziale Interaktion	weniger reale und/ oder vermehrte virtuelle soziale Interaktionen geht mit vermehrtem geschlechtsdysphorischem Erleben einher, das ist z.B. im Rahmen der Pandemie deutlich geworden.	"Ich glaube das Jugendliche heutzutage vernetzter sind, also sie sich anonym informieren können, und vor allem schon auch durch die sozialen Netzwerke, die Erlebnisse und Meinungen anderer mitbekommen,			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Erklärungsmodell für die Entwicklung						
			ohne dass sie in den richtigen eins-zu eins-Austausch gehen müssen." (EXPJPP027)			
	<i>GD infolge von Trauma</i>					<i>nur in EXPJPP022</i>

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
K2: Erfahrungen im Rahmen der Behandlung						
Anliegen der Jugendlichen mit GD						
	Wunsch nach Information/ Aufklärung	Pat möchten Information über GD, Behandlungsmöglichkeiten, den Therapieprozess,	"Welche Anliegen. Ja schon Wunsch nach Information." (EXPJPP002)		Wunsch nach Beratung zu Behandlungsmöglichkeiten	
	Wunsch nach Beratung des sozialen Umfelds	Pat suchen Unterstützung bei Aufklärung des sozialen Umfelds (Schule, Familie, Freund:innen,...)	"Aufklärungsarbeit, also Unterstützung in der Aufklärung von Erwachsenen." (EXPJPP016)			
	Wunsch nach körpermedizinischer Behandlung	Pat haben einen somatomedizinischen Behandlungswunsch (chirurgisch, endokrinologisch, logopädisch,...)	"...der Wunsch nach Hormonbehandlung wird ganz oft geäußert." (EXPJPP002)		Wunsch nach operativer Behandlung Hormontherapie sonstige somatische Behandlungswünsche (Stimmtherapie, Heilmittelverordnungen,...)	

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
K2: Erfahrungen im Rahmen der Behandlung						
Anliegen der Jugendlichen mit GD						
	Beratung im Umgang mit Diskriminierungserfahrungen	Betroffene erleben Diskriminierung. Sie suchen nach Unterstützung, wie sie mit diesen negativen Erfahrungen umgehen, und diese verarbeiten können	"(...), und auch der Unterstützung darin, die von ihnen wahrgenommenen, (...), Anfeindungen oder Infragestellungen, als abwertend erlebten Reaktionen irgendwie aufzunehmen, und damit umzugehen." (EXPJPP009)			
	GD als Nebenthema bei anderem Hauptkonsultierungsgrund	Pat sind primär wegen anderer Themen in Behandlung, erst im Verlauf wird GD thematisiert	"Die kommen erstmal wegen anderer Dinge und stellen im Verlauf fest, dass da auch ne Geschlechtsinkongruenz vorliegt." (EXPJPP006)			
	Vermittlung	Pat benötigen eine Vermittlung an spezialisierte Zentren, die Indikationen stellen und professionelle Prozessbegleitung anbieten, vorwiegend, wenn die Primärversorgung das nicht leistet	"..., oder doch sehr vorwiegend auch die Vermittlung nochmal eine spezifische, {...} Beratung." (EXPJPP009)			
	Indikationsstellung/ Gutachten	Pat suchen Fachärzt:innen auf, um eine gutachterliche Stellungnahme/ Indikati-	"(...) Anliegen, eine gutachterliche Stellungnahme zu bekommen, (...)" (EXPJPP006)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
K2: Erfahrungen im Rahmen der Behandlung						
Anliegen der Jugendlichen mit GD						
		onsstellung für eine somatomedizinische Behandlung zu bekommen				
	Wunsch nach psychotherapeutischer Begleitung	Bedürfnis nach einer Begleitung durch eine:n Psychotherapeut:in, damit einhergehender geschützter, wertfreier, akzeptierender Raum für Thematisierung von Anliegen/Gedanken/Problemen, der Möglichkeit zur Reflektion bietet	"Auch der Wunsch nach, ja, psychotherapeutischer Betreuung, (...)" (EXPKJPP002)	allgemeinere Psychotherapie	Wunsch nach psychotherapeutischer Begleitung Wunsch nach Anerkennung/ Unterstützung des Veränderungswunsches geschützter Raum für Thematisierung der GD	
	Diagnostik	Pat. profitieren von einer professionellen Diagnostik, und ggf. einer Diagnosesicherung	"(...) die profitieren von (...) Sicherung der Diagnose ganz eindeutig" (EXPKJPP020)	hier eher konkret in Bezug auf ausleben eines Geschlechts/ Entscheidungsfindung bezüglich somatomed. Maßnahmen		
	Behandlung psychiatrischer koinzidente Störungen	Jugendliche haben häufig neben GD andere psychische Begleiterkrankungen, die sie ebenfalls therapieren wollen	"und dann natürlich auch die Behandlung der psychischen Begleiterkrankungen. Das ist auch immer ein Anliegen" (EXPKJPP016)		Wunsch nach psychiatrischer Betreuung	

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
K2: Erfahrungen im Rahmen der Behandlung						
Anliegen der Jugendlichen mit GD						
	Begleitung des Outings	Begleitung des Prozesses des Outings und gegebenenfalls Unterstützung bei der Umsetzung	"Ja, die möchten (...) Hilfe beim Outing" (EXPJPP025)			
	Beratung strukturellen/sozialen Konfliktsituationen oder innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen	Im Rahmen des Prozesses kommt es häufig zu Konfliktsituationen mit Eltern/ Familie, Schule, Freund:innen und anderen sozialen Kontakten. Betroffene wünschen sich eine Beratung und ggf. eine Mediation	"Beratung bei Geschlechtsdysphorie und Verunsicherung, emotionale Probleme, also sekundär, also Schulmobbing, Ausgrenzungserlebnisse, Konflikte mit den Eltern." (EXPJPP023)			
	Anerkennung/ Akzeptanz/ ernst genommen werden	Jugendliche wünschen sich, mit ihren Bedürfnissen und Anliegen ernst genommen zu werden	"Ich glaube ein Grundanliegen ist, ernst genommen zu werden in ihrer Thematik (...)" (EXPJPP033)			
	weniger innerer Leidensdruck als Formulierung des Leidens unter der Gesellschaft	Jugendliche formulieren weniger einen inneren Leidensdruck als dass sie unter der Gesellschaft	"(...) kein Auftrag mit einem großen inneren Leidensdruck, sondern eher ich leide an der Gesellschaft, (...)" (EXPJPP004)			<i>nur einmal formuliert</i>
	Schulische Atteste (Sportbefreiungen, Nachteilsausgleich)	Jugendlich benötigen ein ärztliches Attest zur Vorlage in der Schule für Sportbefreiungen oder Nachteilsausgleiche	"Sportbefreiungen, Schwimmbefreiungen, Nachteilsausgleiche." (EXPJPP032)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Wovon profitieren Jugendliche?						
	Ausstellung von Gutachten	Pat profitieren davon ein Gutachten oder eine Indikationsstellung zu bekommen	"Dass ich dann auch Indikationsschreiben ausstelle für ne Behandlung, für ne Hormonbehandlung" (EXPKJPP025)			
	Psychoedukation/ Information und Aufklärung	Jugendliche benötigen häufig Information und Beratung über Therapiemöglichkeiten oder den Prozess, und können davon profitieren von einer unabhängigen Stelle fachlich korrekte Informationen zu bekommen	"Sie profitieren sehr von Psychoedukation und Information" (EXPKJPP007)		allgemeine Beratung bezüglich GD	
	Akzeptanz/ positive Resonanz/ ernst genommen werden	Pat profitieren von Akzeptanz, die sie durch Therapeut:in oder Menschen aus dem sozialen Umfeld erfahren	"(...), grundsätzlich einen Raum der Akzeptanz zu erfahren,(...)" (EXPKJPP019)		positive Resonanz des sozialen Umfelds	
	Unterstützung im Umgang mit Diskriminierungserfahrungen	Pat machen Diskriminierungserfahrungen, es kann bei der Verarbeitung dieser negativen Erlebnisse helfen Unterstützung beim Umgang damit zu bekommen	"(...), dass man mit ihnen so Techniken bespricht, so, wie gehst du um, mit, wenn die dich in der Schule beschimpfen,(...)" (EXPKJPP001)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Wovon profitieren Jugendliche?						
	psychotherapeutische Prozessbegleitung	Ab der Äußerung von geschlechtsdysphorischem Erleben profitieren die Jugendlichen von einer regelmäßigen Anbindung, die einen wertschätzenden, geschützten Raum für Reflektionsbedarf darstellt und in der Problemsituationen, die im Rahmen des Prozesses auftreten, bearbeitet werden können	"(...) mit einer Person des Vertrauens, die das nicht weitererzählen darf, ins Gespräch, und die auch die Erfahrung hat. Davon profitieren die sicherlich"(EXPKJPP015)		Unterstützung in Entscheidungsfindung für oder gegen somatische Behandlung Reflektionsangebot Unterstützung bei Alltagsbewältigung gute Therapeut:innen-Patient:innen Beziehung geschützter Raum für Thematisierung der GD	
	Vermittlung an spezialisierte Fachstellen/ Hilfsangebote	Pat profitieren davon, an andere Versorgungsstellen weitergeleitet zu werden. Z.B. andere Fachärzt:innen, Beratungsstellen, Selbsthilfenetze, u.s.w	"(...) profitieren sie einfach von (...) der Weitervermittlung zu Spezialabteilungen,..."(EXPKJPP003)		Vermittlung zu somatomedizinischer Behandlung	
	Behandlung von koinzidenten psychischen Störungen	viele der betreuten Pat haben neben Anliegen bezüglich GD auch psychische Erkrankungen. Jugendliche profitieren davon, wenn diese parallel behandelt werden.	"Und dann auch von der Medikation mit Antidepressiva, wenn dann eben noch eine ausgeprägte Depression parallel vorhanden ist."(EXPKJPP021)		psychiatrische (medikamentöse) Behandlung (der Komorbiditäten)	

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Wovon profitieren Jugendliche?						
	ergebnisoffenes Vorgehen	Pat profitieren davon sich innerhalb der Prozessbegleitung ausprobieren zu können, ohne dass endgültige Entscheidungen getroffen werden müssen	"Aber genau das ist ja dieser Prozess. Entweder eine Festigung in ihrem Weg, oder eben auch merken, ne, vielleicht gibt es da doch noch eine andere Möglichkeit." (EXPJPP001)			
	multimodales Therapiekonzept	Pat profitieren davon mehrere Ansprechpartner:innen zur Verfügung zu haben und mittels verschiedener Konzepte mit der GD zu arbeiten	"Schon auch von unserer Praxisstruktur, Sozialpsychiatrie, heißt die haben immer zwei Ansprechpartner." (EXPJPP005)			
	Beratung/ Aufklärung des sozialen Umfelds	Jugendliche wünschen sich Unterstützung bei der Aufklärung des sozialen Umfelds (Eltern, Familie, Schule)	"Die profitieren, würde ich sagen, am meisten davon, dass man mit den Familien viel spricht, also im Sinne der (...) Akzeptanz des Umfeldes." (EXPJPP013)			
	Diagnostik	Jugendliche gewinnen durch eine Diagnosesicherung oder -berichtigung Klarheit	"(...) die profitieren von ner (...) raschen Sicherung der Diagnose ganz eindeutig (...)" (EXPJPP020)			
	Zeitdruck herausnehmen					<i>nur einmal in EXPJPP022</i>

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Wovon profitieren Jugendliche?						
	notfallmäßige Erreichbarkeit					<i>nur einmal in EXPKJPP025</i>
	Gruppentherapie/ Austausch mit anderen betroffenen		"Sie (...) profitieren von positiven Erlebnissen aus der Mitpatient:innen-Gruppe, also dem Gefühl von Akzeptanz und, ja, aufgehoben zu sein, Austausch zu haben."(EXPKJPP030)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Anliegen der Sorgeberechtigten						
	Divergierende Meinungen der Eltern	Eltern sind teilweise untereinander unterschiedlicher Meinung, auch gesamtgesellschaftlich, gehen Eltern unterschiedlich mit der GD ihrer Kinder um	"Häufig sind die Eltern ja durchaus anderer Meinung untereinander"(EXPKJPP001)			
	Angst vor Verlust des Kindes	Eltern äußern die Sorge/ den Gedanken mit der somatischen Änderung des Geschlechts ihrer Kinder, eben dieses zu verlieren	"Es geht auch um Abschied bei den Eltern. (...) Wenn Eltern sehr glücklich waren eine Tochter zu haben, und jetzt plötzlich einen Sohn haben."(EXPKJPP030)			
	Beratung/Information/Aufklärung	Eltern wollen Information und Aufklärung bezüglich GD, und	"Die suchen eine unabhängige Beratung,(...)" EXPKJPP007)		Wunsch nach Beratung zu somatomedi-	

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Anliegen der Sorgeberechtigten						
		Beratung im Umgang mit ihren Kindern sowohl auf Alltagsebene als auch praktische Beratung zum Prozess/ Behandlungsoptionen, oder eine Vermittlung zu anderen Fachstellen			zischen Behandlungsmöglichkeiten fachlicher Beratung	
	psychotherapeutische/psychiatrische Betreuung und Prozessbegleitung	Eltern wünschen sich psychotherapeutische Begleitung ihrer Kinder während der Auseinandersetzung mit GD	"Wunsch nach Behandlung medikamentöser Seite, psychiatrischer Begleitung"(EXPKJPP002)	Begleitung ihrer Kinder		
	Vermittlung/ Vernetzungsarbeit	Weiterleitung an andere Fachstellen/ Selbsthilfenetze	"(...) dieses Vernetzen,(...), dass ich dann weiterverweise an eine spezialisierte Einrichtung zur körperlichen Behandlung."(EXPKJPP002)			
	Umgang mit etwaigen sozialen Konfliktsituationen	Eltern wünschen sich Hilfestellung bei Fragen die den Umgang mit GD in der Schule/ der Öffentlichkeit/ der erweiterten Familie angehen	"(...) wie geht man selber als Familie damit um, (...) wie geht man da in der Öffentlichkeit mit um?" (EXPKJPP030)			
	Verunsicherung/ Sorge	KJPler:in beobachtet bei den Sorgeberechtigten eine grundsätzliche Unsicherheit im Umgang mit den (veränderten) Bedürfnissen der Kinder, und/ oder sorgenhaftes	"Also da gibt es eine Gruppe (...) mit ganz viel Sorge, die eher sehr zurückhaltend sind." (EXPKJPP005)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Anliegen der Sorgeberechtigten						
		oder vorsichtiges Verhalten				
	Diagnostik	SB suchen nach fachlicher Einschätzung, ob Geschlechtsdysphorie mit Sicherheit vorliegt	"Viele Eltern (...) stellen erstmal die Frage, stimmt das denn überhaupt?" (EXPKJPP007)			
	Nicht-Akzeptanz/ Ablehnung/ Wunsch nach "Heilung der GD"	Sorgeberechtigte drücken Ablehnung der Wünsche der Kinder aus, fordern Therapeut:innen zur "Wegbehandlung" auf, behindern den Prozess oder wollen Veränderungen stoppen	"Auch Eltern, die mit dem Wunsch kommen, das Kind davon zu überzeugen, dass das eine pubertäre Phase ist und kein GD (...)" (EXPKJPP012)			
	Unterstützung der Bedürfnisse der Kinder	Sorgeberechtigte möchten möglichst den Kindern beim Erfüllen ihrer Bedürfnisse helfen/ zur Seite stehen	"(...) viele Eltern hier in *** sind auch sehr offen, ja, und fördern das auch, und sagen, das ist kein Problem, mir ist das total wurscht,(...)" (EXPKJPP028)			
	Übermäßige Unterstützung der Bedürfnisse der Kinder (fordernd/ druck ausübend)	Sorgeberechtigte treten übermäßig für ihre Kinder ein, sind dabei sehr fordernd und setzen Behandler:innen unter Druck, möchten schnellstmöglich somato-medizinische Behandlung	"(...) Eltern, die eher auch sehr fordernd auftreten und die ganz schnell ganz viele Behandlungsschritte eingeleitet haben wollen."(EXPKJPP005)			
	psychiatrische Behandlung der koinzidenten psychischen Störungen	Sorgeberechtigte möchten neben der Betreuung der GD-bezogenen Anliegen	"Die (<i>Eltern</i>) machen sich Sorgen weil die (<i>Kinder</i>) sich ritzen und weil die			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Anliegen der Sorgeberechtigten						
		gen, dass auch gleichzeitig vorhandene psychische Erkrankungen behandelt werden	diese Frage nach Autismus haben." (EX-PKJPP010)			
	psychotherapeutische Prozessbegleitung/ Reflexion	Sorgeberechtigte benötigen einen Raum in dem sie eigene Anliegen, Sorgen oder Fragen gegenüber einer fachlich qualifizierten Person äußern und mit dieser besprechen können	"Die suchen dann ne Stütze, strukturierend gestaltete Gespräche, oder sowas." (EX-PKJPP003)	Begleitung der Eltern		

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Wovon profitieren die Sorgeberechtigten?						
	Therapieerfolg	Sorgeberechtigte profitieren davon, dass sie mitbekommen, dass es den Kindern besser geht	"Ich glaube auch davon, dass sie merken, dass die Beziehung zwischen Therapeut und Patient stimmt, und dass sich was verändert." (EX-PKJPP011)			
	Information/ Beratung/ Aufklärung	Sorgeberechtigte gewinnen durch Aufklärung und Psychoedukation Verständnis und Sicherheit	"Eltern, die sagen, die profitieren sehr von Informationen, welche wirklichen Schritte es gibt, wie man die umsetzt." (EXPKJPP012)		Psychoedukation erlernen von Ambiguitätstoleranz	

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Wovon profitieren die Sorgeberechtigten?						
	Mediation intrafamiliärer Konflikte/ intrafamiliärer Kommunikation	Sorgeberechtigte profitieren von Mediation intrafamiliärer Kommunikation und Hilfe bei der Klärung von Konfliktsituationen durch eine ausenstehende Person	"(...), dass ich vielleicht Konflikte, die bestehen. Zwischen dem Jugendlichen und den Eltern, dass wir da Klarheit schaffen können." (EXPJPP002)	die intrafamiliäre Kommunikation betreffend, Dialog und Interaktion zwischen Eltern und Kinder betreffend, Familiengespräche		
	Verantwortungsabgabe/ Entlastung	durch das Wissen, dass ihre Kinder von Fachkräften betreut werden, sie nicht alleine mit der neuen Situation umgehen müssen, erfahren Sorgeberechtigte Entlastung	"Und heute profitieren die Sorgeberechtigten eher damit, also mein Kind ist da irgendwie un-ter, wo sich jemand auskennt. Da brauche ich mir keine Sorgen zu machen. Da Entlastung, denke ich, ist das viel bei den Eltern." (EXPJPP015)			
	aktive Einbeziehung der Eltern in den Prozess, Verständnis	Eltern profitieren davon, mit in den Prozess integriert zu werden und Zeit zu bekommen, Entscheidungen zu verstehen, Raum für eigenen Reflektions- und Gesprächsbedarf zu bekommen und die Akzeptanz gegenüber dem Kind gefördert wird	"(...), dass die Eltern einfach lernen, (...), ihr Kind (...) in diesem anderen Geschlecht zu akzeptieren (...)." (EXPJPP001)	Raum für Reflektion seitens der Eltern, Bedürfnisse der Eltern bearbeiten, das Verständnis der Eltern fördernd	Sorgeberechtigte profitieren davon Zeit dafür zu bekommen, die Entscheidungen zu verstehen Reflektionsangebot Gesprächsangebot wertfreier geschützter Raum für Reflexion/ Gespräche	

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Wovon profitieren die Sorgeberechtigten?						
	Vermittlungs-/ Vernetzungsarbeit	Sorgeberechtigte profitieren von der Vermittlung an andere Fach-/ Beratungsstellen oder der Vernetzung mit anderen Betroffenen	"(...), dass sie gut begleitet werden bei der Weiterverweisung, (...)" (EX-PKJPP002)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Erfahrungen im Gesundheitswesen						
	Kann keine Angaben über VE im Gesundheitswesen machen	KJPler:in hat von Patient:innen wenig bis gar keine Information über vorherige Erfahrungen im Gesundheitswesen bekommen	"Also gar keine, keine negative, keine positiven. Nein, nein, wirklich nicht." (EXPKJPP002)			
	überwiegend positive Erfahrungen im Gesundheitswesen	KJPler:in hat den Eindruck, dass das Patient:innenklientel vorwiegend positive Erfahrungen im Gesundheitswesen gemacht hat	"Also ich hab aktuell das Gefühl, dass eigentlich eher ne, ne akzeptierende Grund-, also eine akzeptierende Haltung die Grunderfahrung, die überbreite Erfahrung ist." (EXPKJPP004)			
	einzelne positive VE im GW	KJPler:in berichtet entweder über einzelne positive neben ansonsten negativen oder fehlenden Berichten über Vorerfahrungen	"Also manche berichten da eigentlich von positiven Erfahrungen, dass die da ernst genommen wurden und dann auch mit dem ausgewählten Namen angesprochen wurden, (...)" (EXPKJPP021)			
	wenige bis gar keine negativen VE im GW	Kinder- und Jugendliche berichten KJPler:in über nur einzelne oder gar keine negativen Vorerfahrungen	"Also negativ hab ich eigentlich, nein, sehr wenig, ne gar nicht." (EXPKJPP001)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Erfahrungen im Gesundheitswesen						
	überwiegend negative Erfahrungen im Gesundheitswesen	KJPl:er:in hört von Kindern und Jugendlichen vor allem über negative Erfahrungen im Gesundheitswesen, und/ oder keine positiven	"Also gute Erfahrungen, würde ich sagen, haben die alle bisher nicht gemacht, sonst wären die wahrscheinlich da geblieben wo sie vorher waren." (EXPKJPP013)			
	heterogene Erfahrungen	Die Pat. berichten sowohl über positive als auch negative Erfahrungen, es lässt sich keine Tendenz feststellen.	"Unterschiedlich, kann ich so gar nicht beantworten." (EXPKJPP0010)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
positive Erfahrungen im GW						
	Therapieplatz/ Behandlungsoption finden	Betroffene erleben es als positiv, wenn sie auf Behandler:innen stoßen, die bereit sind, sich mit ihnen und ihren Anliegen im Rahmen der GD auseinanderzusetzen	"Und positiv, ja, dass es dann doch immer wieder Kollegen gibt, die dann unterstützen und weiterhelfen." (EXPKJPP025)			
	reibungsloser Ablauf in spezialisierten Kliniken	Sobald die Pat in spezialisierten Kliniken angebunden sind, wird die Anbindung und Betreuung positiv bewertet	"Also wenn si da mal drinnen sind in der Maschinerie, dann funktioniert das gut." (EXPKJPP025)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
negative Erfahrungen im GW						
	weite Distanzen zur Ermöglichung somatomedizinischer Behandlung	Betroffene müssen für eine fachlich kompetente Betreuung teilweise große Distanzen auf sich nehmen	"(...), das muss man halt gucken, wo schickt man die Leute überhaupt hin. Über 100 km müssen die fahren, aber genau." (EX-PKJPP016)			
	abweisende und /oder abwehrende Haltung Behandelnder/ Diskriminierung	bei der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten werden Pat oft abgewiesen, aufgrund mangelnder Bereitschaft sich mit dem Thema auseinanderzusetzen, oder weil sie dem Thema/ den Pat gegenüber eine ablehnende Haltung äußern	"Schwierig, also, ja, dass sie keinen Psychotherapeuten finden, der das Thema behandeln will, das ist schwer." (EX-PKJPP022)	eher aktive, direkte Ablehnung/ Diskriminierung/ fehlende Akzeptanz/ fehlendes Verständnis	keine Bereitschaft zur Ermöglichung/ Vermittlung zu somatomedizinischer Behandlung	
					Schwierigkeiten Stelle zu finden, die bereit ist, mit den Jugendlichen zu arbeiten	
					koinzidente Persönlichkeitsstörung als Ausschlusskriterium für somatomedizinische Behandlung	
					Weigerung Pat mit Wunschnamen/ Wunschgeschlecht anzusprechen (EX-PKJPP012)	

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
negative Erfahrungen im GW						
	fehlende fachliche Informiertheit von med. Personal/ unzureichende Ausbildung	Medizinisches Personal kann den Betroffenen nicht weiterhelfen, weil sie selber schlecht informiert sind	"Also ich glaube das ist jetzt nicht immer nur ein bewusstes Fernhalten, sondern auch ein fachliches nicht ausreichend informiert sein, welche Möglichkeiten es da gibt, und wo die Anlaufstellen dafür sind." (EX-PKJPP012)	eher passiv: nicht genügend wissen, fehlende Auseinandersetzung mit der Thematik		
	extreme Wartezeiten in Spezialambulanzen	Betroffene müssen extreme Wartezeiten in Kauf nehmen bis sie in einem spezialisierten Zentrum angebunden sind	"was bei mir negativ ankommt ist oft diese lange Wartezeit in Zentren" (EXPKJPP026)			
	unzureichende Betreuung	KJPler:in berichtet über Erfahrungen von Pat, die von mangelhafter Diagnostik und ggf. voreiligen Indikationsstellungen und/oder inkonstanter Betreuung mit zu niedriger Gesprächsfrequenz bei Fachstellen erzählen	"Jugendliche, die dann durchblicken lassen, dass zu wenig kritische Reflexion erfolgte, dass man zu wenig hinterfragt hat, was denn eigentlich ihr Anliegen war (...)" (EX-PKJPP017)		voreilige Indikationsstellung/ zu wenig Diagnostik	

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Herausforderungen bei Indikationsstellung						
	Sicherung der Diagnose	KJPLer:innen haben Schwierigkeiten mit Sicherheit ein GD festzustellen oder auszuschließen	"(...) und es für mich extrem schwierig ist, fachlich zu sagen, es handelt sich hier ganz sicher um eine Geschlechtsdysphorie oder ganz sicher um keine Geschlechtsdysphorie (...)" (EXPJPP012)		GD vielleicht nur als Symptom, dem ein anderes Leid zugrunde liegt? (EXPJPP013)	
	persönliche Unsicherheit	KJPLer:in fühlt sich persönlich sehr unsicher in der Behandlung von Pat mit Geschlechtsdysphorie	"Ja, ja, ich fühle mich da sehr, sehr unsicher, (...)" (EXPJPP026)			
	KJPLer:in trifft keine Entscheidung für oder gegen eine somatomedizinische Behandlung	FA stellt keine Gutachten oder Indikationen für eine somatomedizinische Behandlung aus	"Also ich persönlich, also ich entscheide das generell nie." (EXPJPP003)		KJPLer ist gegen OP vor dem 18. LJ	
	hoher Druck	KJPLer:innen fühlen sich von Eltern/ Pat unter Druck gesetzt, nehmen einen hohen (zeitlichen) Druck bei den Pat/ Eltern wahr, oder empfinden die Pat als fordernd	"(...) die Patienten sind zu fordernd, sie möchten zu schnell eine Behandlung. Die lassen mir nicht genügend Zeit, dass ich zu einer Diagnosesicherung komme." (EXPJPP025)		hoher Druck von pat ausgehend	
	erwartete Persönlichkeitsveränderungen vs. Irreversibilität der Interventionen	KJPLer:in erwartet bei jungen/ sich noch in oder vor der Pubertät befindlichen Kindern/ Jugendlichen noch Persönlichkeitsentwicklungen und hat deshalb Schwierigkeiten in die Endgültigkeit	"Ich finde das ethisch sehr schwierig, Patienten in der Persönlichkeitsentwicklungsphase sowas zu bescheinigen und auch früh schon körpermedizinische Eingriffe durchzuführen." (EXPJPP033)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Herausforderungen bei Indikationsstellung						
		der Entscheidung der Kinder zu vertrauen				
	Irreversibilität der Interventionen vs. Irreversibilität pubertärer Entwicklungen	KJPLer:in sieht in beiden konträren Optionen (Intervention vs. Abwarten) große Risiken, die schwierig gegeneinander abzuwägen sind, Behandelnde spüren dadurch einen großen (zeitlichen) Druck	"Und sozusagen zusammengefasst der Aspekt des Nicht-Schadens als Behandler ist für mich einer der mich vor die große Herausforderung stellt, weil ich das Gefühl habe, halte ich den Prozess auf, schade ich. Gehe ich dem Prozess affirmativ nach, schade ich." (EXPKJPP012)			
	schriftliche Gutachten bedeuten hohen Arbeitsaufwand, der nicht vergütet wird	KJPLer:in sieht in dem hohen Zeitaufwand, der mit einer gutachterlichen Stellungnahme einhergeht und gleichzeitig fehlender Vergütung für die Arbeit ein Problem	"Also die Herausforderung ist letztendlich das alles schriftlich niederzuschreiben, (...) Das ist ein großer Arbeitsaufwand, ja. Der nicht von den Krankenkassen übernommen wird, (...)" (EXPKJPP006)			<i>nur einmal in EXPKJPP006</i>
	Einzelfälle sind hoch komplex/ individuell	KJPLer:in nimmt die einzelnen Fälle als jeweils hoch komplex und individuell wahr, weshalb es schwer fällt ein Behandlungsschema zu erarbeiten und nach diesem vorzugehen	"(...) also es ist grundsätzlich sozusagen eine sehr individuelle Entscheidung. Und die muss individuell auch gut verstanden sein. Und das kann im Einzelfall mal sehr sinnvoll sein, und im andern Fall muss man da mal sehr vorsichtig sein			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Herausforderungen bei Indikationsstellung						
			und abwarten." (EXPJPP024)			
	UAWs von somatomedizinischer Behandlung	KJPler:in äußert Bedenken bei der Durchführung einer somatomedizinischen Behandlung aufgrund der zu erwartenden UAWs bzw. der noch nicht abschätzbaren (langfristigen) Folgen	"(...) weil (...) ich auch jetzt gelesen habe (...), seit es eben die Hormonblocker, da verschiedene Knochenschädigungen, also Osteoporose, und auch neurologische Sachen beeinflussen, Gedächtnis und so weiter, und das Konzentration, und das finde ich natürlich nicht gut (...)" (EXPJPP022)			
	Eltern behindern/ stören erfolgreiche Prozessbegleitung/ Nicht-Zustimmung der Eltern in den Transitionsprozess	Sorgeberechtigte haben andere Bedürfnisse/ Vorstellungen als ihre Kinder, KJPler:in hat Schwierigkeiten diese miteinander zu vereinen oder über die Sorgeberechtigten hinweg dem Kindeswohl entsprechend den Prozess zu begleiten	"Ja, konfrontiert sehen wir uns wenn ein durchgängiges dysphorisches Erleben des Patienten besteht und Erörtern einer medikamentösen wie auch immer gearteten Behandlung nicht zustimmen." (EXPJPP015)			
	keine Schwierigkeiten bei Indikationsstellungen	KJPler:in berichtet (noch) keine Schwierigkeiten bei einer Indikationsstellung gehabt zu haben	"(...) da habe ich bis jetzt noch keine, keine großen Schwierigkeiten gehabt, (...)" (EXPJPP021)			
	Uneinigkeit unter Behandelnden/ Wahrnehmung eines Dissens bzgl. Behandlungsleitlinie	Die Uneinigkeit im Fachpublikum führt bei Behandelnden zu Verwirrung und Unsicherheit,	"(...) außerhalb dieses Netzes ist da durchaus Optimierungsbedarf. (...) das hängt auch viel mit			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Herausforderungen bei Indikationsstellung						
		weil es scheinbar noch keinen einheitlichen Konsens zur wissenschaftlich "richtigen" Vorgehensweise gibt, an dem sich orientiert werden kann	der s3-Leitlinie zusammen, und mit der Zerstrittenheit der Lehrstühle. Da würde ich mir noch mehr Unterstützung wünschen." (EXPJPP023)			
	alleinige Verantwortung in der Indikationsstellung	Indikationsstellungen beinhalten weitreichende Entscheidungen, KJPler:in fühlt sich nicht wohl damit alleine die Verantwortung dafür zu tragen und wünscht sich eine Teilung der Verantwortung	"Weil (...) ich mich ja häufig in Alleinverantwortung bei Gutachtertätigkeiten begeben und jetzt doch zunehmend mehr Fälle erlebe, wo ich mir das wünschen würde, es gäbe eine Art Entscheidungsgremium mit mehreren fachlichen Beteiligten." (EXPJPP012)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Nachhaltigkeit und Kontinuität somatomed. Behandlungen						
	langfristige Zufriedenheit nicht sicher zu beurteilen	Die Nachhaltigkeit und Kontinuität der körpermedizinischen Eingriffe ist nicht (sicher) zu beurteilen, weil Pat mit Erreichen der Volljährigkeit entlassen wurden, KJPlер:in keine oder zu wenig Rückmeldung über den Verlauf von Pat bekommt oder aus anderen Gründen	"Das kann ich nicht beurteilen. Weil ich hatte noch nie eine oder einen, der körperliche Maßnahmen eingeleitet hatte während die bei mir waren." (EXPKJPP003)		zu wenig Rückmeldung über Verlauf nach Beginn somatomed. Behandlung kann keine Angaben zur Kontinuität körpermedizinischer Behandlung machen	
	Zufriedenheit mit somatomed. Behandlung	KJPlер:in beschreibt überwiegend oder ausschließlich nachhaltig positive Ergebnisse bei somatomedizinischen Behandlungen der Pat. In dem Zeitraum, den sie selber mitverfolgen können. Dazu zählen die Beobachtung psychischer Entlastung nach körpermedizinischer Interventionen und/ oder gute Betreuung in Fachstellen.	"Also meine Erfahrungen waren jetzt, wer sozusagen die Behandlung begonnen hat, war hat eine sehr deutliche seelische Entlastung erfahren, sowohl bei der Hormonbehandlung als auch dann bei operative Eingriffen. (...) Das war (...) mit großer Euphorie verbunden." (EXPKJPP006)		psychische Entlastung durch somatomed. Behandlung gute somatomed. Betreuung in Fachstellen Somatomed. Behandlung wird als nachhaltig und kontinuierlich wahrgenommen Zufriedenheit mit körpermedizinischer Behandlung	
	einzelne positive Rückmeldungen über Verlauf somatomed. Behandlung	KJPlер:in berichtet über einzelne/ seltene positive Rückmeldungen über den Verlauf von körpermedizinischen Behandlungen	"(...) über diese Entwicklung kriege ich eine positive Rückmeldung, aber die kriege ich eher selten." (EXPKJPP001)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Nachhaltigkeit und Kontinuität somatomed. Behandlungen						
	vereinzelt hinterfragen der Entscheidung/ nicht klar positive Entwicklung der somatomedizinischen Intervention	KJPLer:in hat einzelne Erfahrungen mit Pat gemacht, die mit körpermedizinischen Behandlungen hadern, oder unter den Folgen der Behandlungen leiden	"Also ich habe eine Gutachtengeschichte gemacht, bezogen auf einen ungünstigen Verlauf, ja. (...) Nein, nein, also ich kann nicht wirklich da von einem Erfahrungspool reden, nein." (EX-PKJPP017)			
	weiterhin bestehender psychischer Leidensdruck trotz somatomedizinischer Behandlung	KJPLer:in berichtet von Fällen in denen trotz körpermedizinischer Behandlung Leidensdruck weiterhin bestehen bleibt, Komorbiditäten nicht abnehmen oder teilweise zunehmen	"(...) sehr oft weiterhin bestehende Unzufriedenheit, Körperdysmorphie Gedanken, Probleme in den Partnerschaften, Identitätskrisen, die weiterhin bestehen." (EX-PKJPP010)		weiterhin bestehende Körperdysmorphie Gedanken weiterhin bestehender psychischer Leidensdruck Zunahme der Komorbiditäten nach körpermedizinischer Behandlung	

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Detransition						
	keine Erfahrung mit Detransition	KJPler:in hat bisher keine Pat. Betreut, die zu einem späteren Zeitpunkt eine Detransition anstreben	"Nein, bisher nicht, keine persönlichen Erfahrungen." (EXPKJPP025)			
	wenig Erfahrung mit Detransition	KJPler:in hat nur eine oder einzelne Pat betreut, die nach Beginn einer somatomedizinischen Behandlung die diese beenden bzw. rückgängig machen wollten	"Ja, (...), bei 2 Patientinnen war das der Fall (...)." (EXPKJPP007)			
	Erfahrungen mit Desistenz	Erfahrungen mit Jugendlichen, die sich anfangs mit dem Anliegen einer GD an die Behandler:innen wenden, im Verlauf aber von der GI wieder Abstand nehmen, ohne irreversible Maßnahmen getroffen wurden	"Also ich hab natürlich Patienten, die unsicher sind, die zwar anfangs sagen, ich habe eine Geschlechtsinkongruenz, (...), wo aber das sich dann im Verlauf auch herausstellt, dass das also eher noch eine andere Geschichte war (...)" (EXPKJPP006)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Verlauf psych. Gesundheit						
	keine Erfahrung mit langfristig ungünstigen Verläufen bezogen auf die psychische Gesundheit	keine Erfahrungen mit Verschlechterung der psychischen Gesundheit	"Ne, hab ich noch keine Erfahrungen."(EXPKJPP021)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Verlauf psych. Gesundheit						
	nach Beginn somatomedizinischer Behandlung	nach Beginn einer somatomedizinischen Intervention				
	einzelne Erfahrungen mit ungünstigen Verläufen nach Beginn einer Hormonbehandlung	KJPLer:in hat einzelne Erfahrungen mit Pat gemacht, die die körpermedizinische Behandlung aufgrund von unerwünschten Verläufen wieder abgebrochen haben, oder bei denen der psychische Leidensdruck nach Beginn der körpermedizinischen Behandlung zunahm	"Ja, einige wenige Fälle, da war das dann schwierig, und wurde dann abgebrochen, pausiert und dann doch wieder angefangen und so." (EX-PKJPP025)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
K3: Kooperierende Einrichtungen und Interesse an Weiterbildungen						
fachliche Vernetzung						
	zufriedenstellende fachliche Vernetzung	KJPLer:in empfindet den Austausch mit anderen Fachstellen als positiv, die Kommunikation oder Zusammenarbeit findet unstrukturiert oder organisiert innerhalb eines	"Also ich persönlich als gut, ausreichend. Das hängt immer sehr von der eigenen Initiative ab, wie viel ich mich vernetzen möchte" (EX-PKJPP006)		Vernetzung gut durch Qualitätszirkel fachliche Vernetzung ist zufriedenstellend fachliche Vernetzung eher zufriedenstellend	

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
K3: Kooperierende Einrichtungen und Interesse an Weiterbildungen						
fachliche Vernetzung						
		Qualitätszirkels oder Arbeitskreises statt.			Vermittlung an die Fachstellen funktioniert gut	
	unbefriedigende fachliche Vernetzung	KJPlер:in ist insgesamt unzufrieden mit der fachlichen Vernetzung, und oder empfindet diese als ausbaufähig	"Schlecht kann ich nur sagen, extrem schlecht. Ich habe null Kontakt zu Endokrinologen." (EX-PKJPP010)		wenig Rückmeldung von Fachstellen über Therapieverlauf es findet wenig Austausch mit Fachstellen statt zu wenig Einsicht in die Diagnostik/ Entscheidung von Fachstellen	
	KJPlер:in ist Teil einer strukturierten fachlichen Vernetzung (zum Thema GD)	KJPlер:in nimmt an einer strukturierten fachlichen Vernetzung z.B. in Form von Qualitätszirkeln oder Arbeitskreisen teil. Dieser bietet Möglichkeit für Fallbesprechungen, individuelle Fragen und gegenseitige Beratungen	"Ja, also die (fachliche Vernetzung) ist tatsächlich hier in *** gut, aber das haben wir ja auch eben selber erarbeitet durch den ortsansässigen Qualitätszirkel hier." (EX-PKJPP005)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Informations-/ Unterstützungsbedarfe Behandelnde						
	keine weiteren Informations- und Unterstützungsbedarfe	KJPler:in sieht keine weiteren Informations- und Unterstützungsbedarfe, und/ oder findet das aktuelle Angebot als ausreichend	"(...), wenn man jetzt alle Veröffentlichungen liest, di dazu auch in unseren öffentlichen Zeitschriften sind, und auf Kongressen usw sich da informiert, finde ich es eigentlich ausreichend, also jetzt kein offener Bedarf für mich." (EXPKJPP0006)			
	fachlicher Austausch/ Beratung bei Diagnostik/ Indikationsstellung	Behandler:in wünscht sich mehr Unterstützung bei der Diagnostik von GD bzw. bei der Ausstellung von Gutachten für somatomedizinische Behandlungen in Form von interdisziplinären Qualitätszirkeln mit Fallbesprechungen oder Beratungsangeboten für Behandler:innen bei Unsicherheiten	"Ja, so ein Netzwerk, oder so ein Qualitätszirkel oder sowas, das wäre sicherlich ganz nützlich, ja."(EXPKJPP021)		Wunsch nach Qualitätszirkeln/ interdisziplinären Fallbesprechungen/ GD Netzwerk Bedarf nach mehr fachlicher Einzelfallberatung auf Behandler:innen-Seite Unterstützung bei Einordnung von GD in Bezug auf entwicklungspezifische Identitätskonflikte Wunsch nach Entscheidungsgremium	

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Informations-/ Unterstützungsbedarfe Behandelnde						
	einheitliche Leitlinien (Behandlungsempfehlungen)	KJPler:in wünscht sich einheitliche Behandlungsempfehlungen, an denen sich Diagnostik und Indikationsstellungen orientieren können.	"Also es bräuchte eigentlich ein besseres, ja, ein besseres Schema, oder eine bessere Struktur, wie die Diagnose wirklich so weit gesichert werden kann, dass (...) körpermedizinische Interventionen auch wirklich gerechtfertigt sind." (EXPKJPP020)		Wunsch nach Strukturierung der Betreuung / Behandlung von Jugendlichen mit GD Wunsch nach aktualisierten (Be)Handlungsempfehlungen	
	Optimierung gutachterlicher Tätigkeit	KJPler:in sieht Optimierungsbedarf in der gutachterlichen Tätigkeit als Psychiater:in, es wird eine Trennung von therapeutischer und gutachterlicher Tätigkeit gewünscht oder eine Kostenübernahme von der Krankenkasse	"(...), dass man den therapeutischen und den, den gutachterlichen Auftrag entkoppelt." (EXPKJPP007)		Trennung von therapeutischer und gutachterlicher Tätigkeit Kostenübernahme der gutachterlichen Stellungnahme	
	Wunsch nach längerer/intensiverer Betreuung/Begleitung vor Indikationsstellung	KJPler:in ist der Meinung, dass Diagnosen oft zu voreilig gestellt werden, und/oder plädiert für eine intensivere Diagnostik vor Ausstellungen von Gutachten oder Interventionen.	"Ich würde mir eigentlich eine intensiviertere Diagnostik wünschen dort. Ich erlebe das oft sehr schnell. Man geht da einmal hin und, peng, ist die Diagnose da." (EXPKJPP026)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Informations-/ Unterstützungsbedarfe Behandelnde						
	Bedarf nach ausgebildeten Fachkräften/ Spezialist:innen mit spezifischer Qualifikation	KJPler:in drückt den Wunsch nach einer spezifischen Qualifikation für Fas, die Entscheidungen für oder gegen Indikationsstellungen treffen aus	"(...), ich glaube es braucht eine ausgewiesene Qualifikation der Menschen die da arbeiten." (EXPKJPP019)			
	Fortbildung von allen Fachärzt:innen, die potentiell mit GD-Pat in Kontakt kommen	KJPler:in wünscht sich, dass alle Ärzt:innen, die potentiell mit Kindern und Jugendlichen (mit GD) arbeiten, in dieser Hinsicht fortgebildet werden	"(...), dass sozusagen alle breiter, alle besser aufgestellt sind, und nicht so sagen, oh Gott, wenn das Thema kommt, dann muss ich den Patienten wegschicken, oder die Patientin."(EXPKJPP028)			
	Partizipation von Betroffenen in Qualitätszirkeln	KJPler:in wünscht sich, dass auch Betroffene Teil von Qualitätszirkeln sind	"In einem Qualitätszirkel wollten wir partizipativ machen (...)" (EXPKJPP032)			<i>nur einmal in EXPKJPP032</i>

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Zusätzliche Versorgungs- und Hilfsangebote						
	keine zusätzlichen Versorgungs- und Hilfsangebote für Pat. gefordert	KJPler:in ist der Meinung, dass keine weiteren Versorgungs- und Hilfsangebote für Pat nötig sind. Die bestehenden Angebote werden deutschlandweit oder im eigenen	"Also ich habe nicht gehört, dass da irgendein Defizit wäre. Weder von fachlicher Seite noch von Patientenseite. Deswegen meine ich es wäre			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Zusätzliche Versorgungs- und Hilfsangebote						
		Einzugsgebiet als ausreichend empfunden	hier ausreichend im Moment zumindest bestückt." (EXPJPP003)			
	Ausbau der psychiatrisch/ psychotherapeutischen Versorgung für Jugendliche (quantitativ und/oder qualitativ)	Forderung nach mehr Anlaufstellen für Jugendliche im medizinischen Sektor um Wartezeiten und/ oder Anfahrtszeiten zu verringern, insgesamt wird für eine verbesserte Zugänglichkeit zu psychiatrischen/ psychotherapeutischen Versorgungsangeboten plädiert, oder dafür, dass innerhalb der bestehenden Strukturen die Versorgung qualitativ verbessert wird (mehr KJPLer:innen in der Lage sind/ dazu bereit sind GD-Pat zu versorgen, sich bezüglich GD weiterbilden)	"Naja, wir haben ja in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowieso einen Mangel. (...) da würde ich mir insgesamt mehr wünschen." (EXPJPP014)		<p>schnellere Diagnostik und somatomedizinische Behandlung ermöglichen</p> <p>mehr Fachabteilungen für Jugendliche</p> <p>Vereinfachung der Anbindung an Spezialambulanzen/ mehr Spezialambulanzen</p> <p>mehr KJPLer:innen, die bereit sind mit Jugendlichen mit GD zu arbeiten</p> <p>Sicherstellung psychotherapeutischer Primärversorgung mehr Psychotherapieplätze insgesamt nötig</p>	
	Ausbau der GD-spezifischen Versorgung					
	Mehr psychosoziale Versorgungsangebote	Wunsch nach flächendeckendem Angebot an Selbsthilfegruppen (mit	"Selbsthilfegruppen, gibt es auch viel zu wenige." (EPKJPP013)		Mehr Angebot an Selbsthilfegruppen (mit Mediation)	

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Zusätzliche Versorgungs- und Hilfsangebote						
		oder ohne Mediation), Psychoedukationsgruppen, offizielle Vernetzungsangeboten, Angebote mit Kontakt mit anderen Menschen			Psychoedukationsgruppen online Beratung/ Vernetzungsangebote für Betroffene mehr Selbsthilfegruppen	
	mehr Aufklärungsarbeit/ besseres Informationsangebot und Zugang zu diesem	KJPl:er:in plädiert für einen besseren Zugang zu offiziellem Informationsmaterial sowohl für Patient:innen als auch für pädagogisch tätiges Personal	"(...) im Moment hab ich so das Gefühl, (...) es gibt noch wenige Materialien, die man den Menschen zur Verfügung stellen kann, und da würde ich mir einfach noch eine bessere Verbreitung wünschen." (EX-PKJPP014)		mehr fachliche Expertise/ Aufklärung an Schulen nötig mehr offizielles Informations-/Aufklärungsmaterial nötig mehr Beratungsstellen für Jugendliche (mit online Angeboten) Weiterbildung aller Fachkräfte, die pädagogisch arbeiten oder innerhalb des Gesundheitswesens tätig sind (Schutzbevollmächtigte?) Erleichterung / mehr Unterstützung bei bürokratischen Prozessen der Personenstandsänderung	

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Zusätzliche Versorgungs- und Hilfsangebote						
	Mehr Versorgungsangebot für Eltern/ Familien notwendig	KJPler:in sieht vermehrten Bedarf in der Versorgung für Sorgeberechtigte von Betroffenen. Es werden Selbsthilfegruppen, allgemeine Vernetzungsangebote oder offizielle Informationsstellen gefordert	"(...) Elterngruppen, also gerade Elterngruppen finde ich auch interessant, wenn's die Eltern interessiert." (EXPJPP022)			

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Weiterbildung						
	Reflektion der Thematisierung von/ des Umgangs mit GD in den Medien	KJPler:in wünscht sich einen Diskurs über den Umgang mit GD innerhalb von Medien/ social Media	"(...) vielleicht hätten sie mich noch fragen können, wie finden sie denn die öffentliche Berichterstattung?" (EXPJPP004)	4	Beeinflussung des öffentlichen Diskurses durch social media	
	Reflektion von GD als "Mode/ Hype"		"Ich glaube schon, dass wir uns damit auseinandersetzen müssen, (...) dass sich Diagnosen auch im psychosozialen Kontext verbreiten." (EXPJPP004)	ca. 6	schafft Angebot Nachfrage?	

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
weitere wichtige Themen						
	Reflektion der Thematisierung von/ des Umgangs mit GD in den Medien	KJPler:in wünscht sich einen Diskurs über den Umgang mit GD innerhalb von Medien/ social Media	"(...) vielleicht hätten sie mich noch fragen können, wie finden sie denn die öffentliche Berichterstattung?" (EXPJPP004)	4	Beeinflussung des öffentlichen Diskurs durch social media	
	Reflektion von GD als "Mode/ Hype"		"Ich glaube schon, dass wir uns damit auseinandersetzen müssen, (...) dass sich Diagnosen auch im psychosozialen Kontext verbreiten." (EXPJPP004)	ca. 6	schafft Angebot Nachfrage?	
	Warten auf die S3-Leitlinie			3		
	Polarisierung der Thematik			3	Polarisierung der Thematik/ viel öffentliche Diskussion	
	Therapeuten als notwendige Station/ "Gatekeeper"	Es wird lediglich eine einseitige Funktion von Therapeut:innen abgefragt - das Indikationsschreiben, es bedarf keiner Therapie mehr		3	fehlender therapeutischer Auftrag	
	Schriftliche Gutachten bedeuten hohen Arbeitsaufwand, der nicht vergütet wird			1		
	zukünftige rechtliche Bestimmungen			1		
	Überlegung ob GD nur Symptom anderer zugrundeliegender Prozesse ist			2		

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
weitere wichtige Themen						
	Zusammenhang GD/ Autismus			2		
	Reflektion des eigenen Bezugs zu / der persönlichen Erfahrungen mit GD			1		
	Abhängigkeit von der Pharmaindustrie			1		
	Reflektion des gesellschaftlichen Umgangs mit der Binarität der Geschlechter			1		
	Tragweite einer irreversiblen Entscheidung			1		
	UAW Pubertätsblocker			1		
	Reflektion der Begrifflichkeiten "Transgender", "GD", "Transition" als doppeldeutigem Begriff			1		

Hauptkategorie	Zusammenfassung	Definition Kategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln	Codierungen, die mit einbezogen werden	
Notizen	viele Leute haben ein Erklärungsmodell für die Entstehung von GD und nicht von dem veränderten Bedarf entwickelt					

Anlage 4: Kodierleitfaden zur Auswertung der qualitativen Interviews der KiÄ

K1: Versorgungsbedarf			
Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
Veränderung der Anliegen & Bedürfnisse der Jugendlichen in den letzten 10 Jahren	Offener Umgang mit eigener GD	Kinder und Jugendliche gehen offener mit ihrer Geschlechtsdysphorie um, wodurch das Outing erleichtert wird und früher erfolgt: - Es wird mehr Unterstützung seitens der Kinder und Jugendlichen eingefordert und somit das Gesundheitssystem mehr in Anspruch genommen. - Wunsch nach Anerkennung: Kinder und Jugendliche wollen ‚gesehen‘ und verstanden werden.	„[...] es wird jetzt überhaupt darüber gesprochen. Ich kann nicht sagen, dass die anderen Bedürfnisse hatten, weil vorher nicht so darüber gesprochen wurde. Jetzt wird das thematisiert.“ EXPKJ031 „Indem sie viel mehr Bedürfnisse haben auch da gesehen, verstanden, begleitet und so weiter zu werden.“ EXPKJ004
	Konkretere Anliegen & Bedürfnisse	Kinder und Jugendliche sind aufgeklärter und haben differenziertere Anliegen, zu z.B.: - Namensänderung - Geschlechtsangleichende Maßnahmen - Gesellschaftliche Teilhabe (z.B. Schultoiletten)	„Es werden schon konkretere Wünsche geäußert, [...] [w]eil sie inzwischen einfach mehr wissen, was geht.“ EXPKJ015
	Schnellere Handlungsbereitschaft zur Inanspruchnahme spezialisierter Angebote	Jugendliche und Sorgeberechtigte sind früher und schneller bereit zu weiterführenden Schritten, wie körpermedizinischen Maßnahmen und sozialer Transition.	„[...] dass sie schneller den Schritt gehen, [...] oder auch bereit sind, hormonell was zu unternehmen.“ EXPKJ016
	Keine Veränderung des qualitativen Bedarfs	Pädiater*in nimmt keine Veränderung des qualitativen Bedarfs in den letzten 10 Jahren wahr.	
Erklärungsmodell für diese Entwicklung	Offener Umgang durch mehr Akzeptanz und Sichtbarkeit in der Gesellschaft	Durch die gesamtgesellschaftliche Aufklärung und einen offenen Diskurs steigt der Grad der Akzeptanz und Wertschätzung. Folglich werden das Outing und die soziale Transition erleichtert.	„Ich glaube, dass wir tatsächlich eine Öffnung des Denkens dafür haben, durch die gesellschaftlichen Öffnungen und Veränderungen, die wir haben. Ich glaube, dass da früher mehr so im Stillen vor sich hin gelitten wurde und es jetzt die Möglichkeit gibt, auch Worte zu finden dafür und Vertrauen zu fassen, dass

K1: Versorgungsbedarf

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
			<i>jemand einen ernst nimmt mit so einer Problematik [...]“ EXPKJ013</i>
	GD in sozialen Medien	<p>Soziale Medien spielen eine große Rolle im Alltag von Kindern und Jugendlichen und sind somit eine entscheidende Informationsquelle. Der Umgang mit sozialen Medien, bezogen auf Themen der Geschlechtsidentität, zeigt folgende Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Höherer Informationsgrad (u.a. durch Chats & Foren). - Identifizierung mit Vorbildern. - Erleben von Anerkennung über virtuelle Kontakte und Austausch mit anderen Personen mit GD. - Zunahme der Ungeduld bzgl. weiterführender Maßnahmen durch scheinbare Schnelllebigkeit im Netz. 	<p><i>„Und ein großer Aspekt [...] sind die sozialen Medien oder auch kleine Stars, die sich in dieser kleinen Gesellschaft eben auch, ja, ihre Fans sich holen und über die sie sich wiederum, also das multipliziert, und sodass da vielleicht wirklich mehr so von sich behaupten, ah, so fühle ich mich auch. [...] Und bekommen natürlich eine Bühne.“</i> EXPKJ018 <i>„Ich glaube, die mediale Präsenz des Themas macht es den Jugendlichen einfach leichter, überhaupt darüber nachzudenken und auch selbst selbstreflektiert eben zu sagen, das betrifft mich und ich kann damit an die Öffentlichkeit, oder an einen Arzt oder eine fremde Person überhaupt herantreten.“</i> EXPKJ022</p>
	Einfluss von Peer-Group oder virtuellen Kontakten	Es wird befürchtet, dass der Austausch mit der Peer-Group oder über virtuelle Kontakte einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Geschlechtsidentität haben kann. In diesem Zusammenhang fällt der Begriff „soziale Ansteckung“ oder ähnliches.	<p><i>„[...] auf Instagram sind diese Kinder ganz anders unterwegs. Und kriegen da nochmal einen ganz anderen Zuspruch oder Kommentare und und und. Und damit wird das befeuert.“</i> EXPKJ018 <i>„ Und dann ist es natürlich auch so, dass das einfach ja auch ein, glaube ich auch, ein gewisses Trendthema ist.“</i> EXPKJ027</p>
	GD als Erklärungsmodell bei anderweitig behandlungsbedürftigen psych. Störungen	In manchen Lebenssituationen und Lebensphasen sind Kinder und Jugendliche vulnerabel und psychisch anfälliger für negative Gedanken und Gefühle. Trans kann dabei als	<i>"Also ich denke das ist ein gesellschaftliches Ding über soziale Ansteckung und dass da sich Dinge symbolisieren sozusagen, die ein allgemeines Unwohlsein letztlich</i>

K1: Versorgungsbedarf

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
		<p>Erklärungsmodell für den inneren Gefühlszustand („Lösungsversuch“) dienen.</p> <p>Folgende Faktoren werden in diesem Zusammenhang genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pubertät / Adoleszenz als vulnerable Phase - Allgemeine Zunahme von behandlungsbedürftigen psych. Störungen (z.B. ‚Desorientierung‘ oder Vereinsamung der Jugendlichen (u.a. während der COVID-19-Pandemie)) - ‚Soziale Ansteckung‘ durch den Einfluss der Peer-Group. - Wird v.a. bei geburtsgeschlechtlichen Mädchen beobachtet. 	<p><i>ausdrücken, [...] dass die Depression usw. bei Mädchen deutlich mehr als bei Jungs zugenommen haben [...].“</i> EXPKJ002</p> <p><i>„[...] ich glaube allerdings, auch, dass das einen Einfluss hat in einer sehr entwicklungs-, psychologisch sehr vulnerablen Zeit, nämlich Eintritt der Pubertät. [...] Und dass es so ein bisschen ansteckend ist, das glaube ich allerdings auch. Also dass in einer vulnerablen Phase das als Erklärung genommen wird für ein Leid, was auch vorhanden ist.“</i></p> <p>EXPKJ031</p> <p><i>„ [...] ein gewisses Trendthema [...]“</i></p> <p>EXPKJ027</p>

K2: Erfahrungen im Rahmen der Behandlung

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
	KJÄ primäre Anlaufstelle	Die interviewte Person gab an, für Patient*innen mit GD die erste Ansprechperson gewesen zu sein. Direkte oder indirekte Äußerung möglich. Person beschreibt beispielsweise: <ul style="list-style-type: none"> - Patient*innen wollen sich erstmalig einer Person öffnen - Suchen Klarheit über ihre Situation - Benötigen Unterstützung bei der Konkretisierung von Behandlungsmöglichkeiten. 	„[...] die sagen schon, dass wir der erste Ansprechpartner sind, weil wir die Patienten halt auch häufig schon länger kennen [...]“ EXPKJ003 „[...] mit dem sie drüber reden können, der nicht die Eltern sind.“ EXPKJ002 „Ja, die wollen halt erstmal eine Erklärung oder eine Bestätigung. Die wollen wissen, was ist mit mir los und stimmt das so? Ist das so, wie ich das vermute?“ EXPKJ014
Anliegen der Patient*innen	Medizinische Beratung und Begleitung	Es wird ein/e Ansprechpartner*in gesucht- zur Orientierung, Beratung und Organisation weiterer diagnostischer und therapeutischer Schritte: <ul style="list-style-type: none"> - Orientierung und weiterführende Informationen - Nachbesprechung der Berichte der Spezialist*innen und Fachzentren - Psychotherapeutische Begleitung und vertrauliche Gespräche - Koordination, Überweisungen 	„[...] ein Beratungsbedarf und Gesprächsbedarf, dahingehend, was überhaupt - also was das Krankheitsbild, wenn man es jetzt so nennen will, überhaupt betrifft. Und welche Möglichkeiten der Beratung und der Diagnostik es überhaupt gibt. Das ist der erste Schritt [...].“ EXPKJ022 „Oder anhand auch der Arztbriefe und Berichte, die ich dann bekomme, mit den Patienten dann als deren Hausarzt diese Dinge nochmal nachbespreche.“ EXPKJ025
	Beratung und Unterstützung im Umgang mit der Geschlechtsdysphorie	Jugendliche suchen Unterstützung bei der Klärung des inneren Gefühlszustands. Dabei ist der / die Pädiater*in eine vertrauliche und wertschätzende Ansprechperson: <ul style="list-style-type: none"> - Jugendliche können sich öffnen und anvertrauen. - Sie erfahren Akzeptanz und Wertschätzung. - Reflexion der Erfahrungen mit 	„Letztlich wollen sie natürlich Klarheit finden und das innere Chaos sozusagen irgendwie strukturieren.“ EXPKJ002 „[...] der größte Wunsch ist eigentlich meistens [...] [g]ar nicht unbedingt, ich möchte jetzt sofort ein Junge oder ein Mädchen sein, sondern ich möchte mich besser fühlen und ich möchte glücklich sein und ich möchte nicht so viel grübeln mehr.“ EXPKJ014

K2: Erfahrungen im Rahmen der Behandlung

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
		<p>Ablehnung und Mobbing.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratung Umgang mit negativen Gefühlen. - Beratung im Umgang mit Ängsten. - Beratung im Umgang mit psychosozialen Schwierigkeiten. 	<p>„Dass es Möglichkeiten gibt, dass ich für die Schule Bescheinigungen ausstelle, dass zum Beispiel Jungentoiletten benutzt werden dürfen, auch wenn es ein Mädchen ist.“ EXPKJ016</p> <p>„Ja eigentlich geht es oft um psychosoziale Probleme, also mit Akzeptanz in der Schule, Mobbing und sowas.“ EXPKJ026</p>
	Vermittlung von Ansprechpartner*innen	Jugendliche wünschen eine Vermittlung an Ansprechpartner*innen für eine psychologische und / oder somatische Behandlung.	
	Hilfestellung in der Kommunikation mit den Eltern		„Ja, manchmal, ehrlich gesagt, auch so ein bisschen Hilfe in der Vermittlung mit den Eltern ist oft Anliegen.“ EXPKJ015
	Kinder und Jugendliche äußern keine Anliegen, sondern eher die Sorgeberechtigten	(Trifft v.a. bei jüngeren Kindern zu)	
	Anerkennung in der empfundenen Geschlechtsidentität	<p>Jugendliche wollen in Ihrer Geschlechtsidentität wahrgenommen und akzeptiert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - z.B. bei neuem Namen genannt / geführt werden - Haben das Bedürfnis, ‚gesehen‘ und verstanden zu werden 	„[...] sie möchten, dass sie erstmal wahrgenommen, dann aber auch anerkannt werden. [...] dass sie eben auch bei uns in der Praxis, dann tatsächlich nur noch mit dem von Ihnen gewählten Namen angesprochen werden.“ EXPKJ015
	Unterstützung bei Zugang zu körpermed. Maßnahmen bei GD	Jugendliche haben bereits den Entschluss zu einer Geschlechtsangleichung gefasst und sind über die Möglichkeiten informiert. Sie wünschen kinderärztliche Unterstützung beim Zugang zu körpermed. Maßnahmen.	„[...] das ist für die Jugendlichen ein ganz großes Thema. Es dauert ihnen zu lang. Die möchten es ganz schnell.“ EXPKJ011
	Koinzidente psychische Erkrankungen	Häufig bestehen koinzidente psychische Schwierigkeiten:	„[...] kann natürlich sein dass irgendwie eben depressive Verstimmungen oder

K2: Erfahrungen im Rahmen der Behandlung

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
		<ul style="list-style-type: none"> - depressive Zustände - psychosoziale Schwierigkeiten - Psychische Schwierigkeiten können vordergründig sein, wodurch die Geschlechtsdysphorie überlagert wird. - somatomed. Koordination der Therapie bei koinzidenten Störungen. (Bspw.: Hormonbehandlung bei bestehender antidepressiver Therapie.) 	<p><i>soziale Schwierigkeiten oder so, dass das erstmal der Hauptvorstellungsgrund erstmal ist, und dann im Gespräch das erst rauskommt.“</i> EXPKJ021</p>
Anliegen der Sorgeberechtigten	Medizinische Beratung und Begleitung	<p>Es wird ein/e Ansprechpartner*in gesucht- zur Orientierung, Beratung und Organisation weiterer diagnostischer und therapeutischer Schritte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientierung und weiterführende Informationen - Nachbesprechung der Berichte der Spezialist*innen und Fachzentren - Psychotherapeutische Begleitung und vertrauliche Gespräche - Koordination, Überweisungen 	<p><i>„Also die diskutieren mit mir weniger die Situation, wie sie mit dieser Geschlechtsdysphorie des Kindes umgehen, da haben die andere Ansprechpartner. [...] Deswegen geht es wenn dann mehr um, ja, andere Probleme, die eventuell vorhanden sind und wie man die lösen kann.“</i> EXPKJ006</p> <p><i>„[...] [V]on den Erziehungsberechtigten kommt eher die Frage: ‚was sind die Erfahrungen, also gibt es andere Kinder damit? Was sind unsere Erfahrungen damit? Wie läuft das in Zukunft [...]?’“</i> EXPKJ022</p>
	Beratung und Unterstützung im Umgang mit der Geschlechtsdysphorie des Kindes	<p>Sorgeberechtigte brauchen emotionale Unterstützung und Rat in Bezug auf den Umgang mit der Geschlechtsdysphorie des eigenen Kindes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verunsicherung und Sorgen. - Beratung im Umgang mit psychosozialen Schwierigkeiten. - Sie erfahren Akzeptanz und Wertschätzung. 	<p><i>„[...] die sind halt häufig erstmal völlig überfordert und hilflos im Umgang. Und manchmal auch natürlich schon ein bisschen traurig, [...] [o]der manchmal das Gefühl, man kennt sein Kind nicht richtig.“</i> EXPKJ014</p> <p><i>„Und meistens gibt es dann eben auch soziale Konflikte mit der Peergroup, in der Schule, irgendwelche Probleme, Schwierigkeiten, die damit im Zusammenhang sind, dass das dann viele</i></p>

K2: Erfahrungen im Rahmen der Behandlung

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
			<i>Sorgen sind, die die Eltern dann haben.“</i> EXPKJ027
	Vermittlung von Ansprechpartner*innen	Sorgeberechtigte wünschen die Vermittlung von Anlaufstellen und Ansprechpartner*innen für eine weiterführende psychologische und / oder somatische Behandlung ihrer Kinder.	
	Diagnose	Sorgeberechtigte wünschen eine sichere Diagnostik bzw. eine Bestätigung der Verdachtsdiagnose.	<i>„Die wollen meistens wissen, ist das wirklich so? Also, bildet sich mein Kind das nicht nur ein? Ist das jetzt nicht nur irgendein Trend, den die sich irgendwo bei TikTok oder was auch immer abgesehen haben? Oder sind die irgendwie beeinflusst worden?“</i> EXPKJ014
	Schuldfragen	Sorgeberechtigte befürchten, verantwortlich für die Geschlechtsidentitätsentwicklung und den damit verbundenen Schwierigkeiten und Sorgen ihrer Kinder zu sein.	<i>„[...] und immer die Frage, haben wir was falsch gemacht?“</i> EXPKJ007 <i>„Auch die Frage, haben wir was falsch gemacht, zum Beispiel. Das ist ja auch oft bei Eltern erstmal so ein Gedanke.“</i> EXPKJ016
Nutzen der Patient*innen	Verlässlichkeit und Erreichbarkeit	Pädiater*in ist eine zuverlässige Ansprechperson, gekennzeichnet durch: - Verlässlichkeit - Erreichbarkeit (u.a. kurze Wartezeiten) - Verfügbarkeit	<i>„Also, dass die [...] zum Teil dann wirklich auch unsere Handynummern kriegen [...] dass man auch eigentlich zu jeder Tages- und Nachtzeit erreichbar wäre.“</i> EXPKJ003 <i>„Und ich glaube, dann auch wirklich diese Wartephase so kurz wie möglich zu halten, dass die weiter können. Das ist was, was ganz viele als sehr belastend empfunden haben.“</i> EXPKJ021
	Beratung und Begleitung	Jugendliche profitieren von der fachlichen Kompetenz des / der Pädiater*in und der Expertise der vermittelten Zentren: - Beratung bei Schwierigkeiten im	<i>„[...] die Kinder und Jugendlichen profitieren davon, dass man sie [...] irgendwie begleitet in der Suche nach sich selbst, nach der Identifikation mit sich selbst und das System drumherum auch</i>

K2: Erfahrungen im Rahmen der Behandlung

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
		Rahmen der Geschlechtsdysphorie. - Angebot eines individuellen Behandlungskonzeptes. - Ergebnisoffene Beratung über die therapeutischen Möglichkeiten.	<i>gut begleitet.“ EXPKJ004 „ [...] die Patienten profitieren davon, dass sich einer einfach ihres Krankheitsbildes annimmt und eine effektive Behandlung erfolgt - was auch immer das jetzt heißen mag, ob das jetzt erstmal nur eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Gesprächstherapie ist, oder dann auch wirklich in Richtung hormoneller- und geschlechtsumwandelnder Therapie.“ EXPKJ022</i>
	Vertrauliche Gespräche	Pädiater*in ist eine vertrauliche Ansprechperson, gegenüber welcher die Kinder und Jugendlichen frei sprechen können (auch in Abwesenheit der Sorgeberechtigten).	<i>„[...] dass sie sich halt immer an uns wenden können, auch wenn die Eltern jetzt, sag ich mal, nicht darüber informiert sind, dass wir auch, die Kinder und Jugendlichen auch alleine mal zu 'nem Gespräch einbestellen.“ EXPKJ003</i>
	Erleben von Offenheit und Akzeptanz	Die Arzt-Patienten-Beziehung ist geprägt von: - Vertrauen - Wertschätzendem Verhalten - PatientIn fühlt sich ernstgenommen	<i>„Vor allen Dingen von Akzeptanz. Dass wir das respektieren, dass das nicht verurteilt wird oder stigmatisiert wird oder abgetan wird, sondern dass wir sie ernst nehmen mit ihrem Anliegen und uns darauf einstellen.“ EXPKJ027</i>
	Vermittlung von Ansprechpartner*innen	Die Kinder und Jugendlichen profitieren von einer Vermittlung an Behandler*innen mit Expertise.	<i>„Über eine gute Anbindung an spezialisierte Zentren. Dass es eben nicht in den Kinderarztpraxen erfolgt, die primäre Behandlung, sondern in spezialisierten Zentren.“ EXPKJ026</i>
	Anerkennung der sozialen Transition	Der / die Pädiater*in sowie das Behandlungsteam respektieren und erkennen die soziale Transition an. Dazu gehören: - Namensnennung - Namensführung im Praxissystem und	<i>„Also wir ändern zum Beispiel, wenn die Patienten, PatientInnen, das wünschen, den Namen in der Patientenkarte. Wir fragen die PatientInnen, wie willst du angesprochen werden? Welches Pronomen sollen wir für dich verwenden?</i>

K2: Erfahrungen im Rahmen der Behandlung

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
		bei Krankenkassen - Äußerliches Erscheinungsbild	<i>Das fragen wir die und das finden die super, habe ich das Gefühl.“</i> EXPKJ013
Nutzen der Sorgeberechtigten	Verlässlichkeit und Erreichbarkeit	Pädiater*in ist eine zuverlässige Ansprechperson, gekennzeichnet durch: - Verlässlichkeit - Erreichbarkeit (u.a. kurze Wartezeiten) - Verfügbarkeit	<i>„[...] da würde ich fast sagen, primär Erreichbarkeit. Also überhaupt ein Behandlungsangebot. So was, kurze Wartezeiten.“</i> EXPKJ010
	Verständnis und Akzeptanz zu entwickeln	Sorgeberechtigte profitieren von einer Aufklärung, um Akzeptanz und Verständnis für ihr Kind zu entwickeln.	<i>„[...] dass sie einfach ihr Kind akzeptieren können, oder lernen es so zu akzeptieren, wie es ist. Und, ja, einfach festzustellen, dass es keine Krankheit ist [...]“</i> EXPKJ020 <i>„Und wenn die merken, dass ein Kind aber ganz unglücklich ist, dann kann das natürlich auch eine Triebfeder sein, sich dann einzulassen auf eine neue Perspektive, auf das eigene Kind.“</i> EXPKJ027
	Beratung und Begleitung	Sorgeberechtigte profitieren von der fachlichen Kompetenz des / der Pädiater*in und der Expertise der vermittelten Zentren: - Aufklärung der Eltern über die emotionale Situation der Kinder - Psychosoziale Beratung - vertrauliche Gespräche - Beratung im Umgang mit psychischen Schwierigkeiten	<i>„[...] die sind vielmehr hin- und hergerissen, weil sie natürlich irgendwie das Beste für ihr Kind wollen und gleichzeitig sagt ihr Kind was, was die Eltern irgendwie schwer haben zu akzeptieren und dadurch sind die noch mehr zerrissen, als die Kinder selber [...].“</i> EXPKJ002 <i>„Aber ich glaube schon, dass die auch von Beratungsgesprächen, Aufklärung, das ist das, was am wichtigsten ist. Um irgendwie zu akzeptieren, was da vorgeht. Oder sich vielleicht auch eingestehen lassen, dass man auch mal traurig sein darf.“</i> EXPKJ014 <i>„Von der Beratung auch, also die - da sind ja jetzt zum einen die sozialen Sorgen,</i>

K2: Erfahrungen im Rahmen der Behandlung

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
			zum anderen die medizinischen Sorgen, psychologischen Sorgen und so - also da ist ja, würde ich sagen, auch wieder ganz viel Beratung.“ EXPKJ021
	Vermittlung von Ansprechpartner*innen	Die Sorgeberechtigten profitieren von einer Vermittlung an Behandler*innen mit Expertise.	„Dass die da nicht alleine sich irgendwas zurecht suchen müssen. Sondern der Kontakt zur Spezialambulanz an der Uniklinik.“ EXPKJ031
	Offenheit und Akzeptanz erfahren	Die Arzt-Patienten-Beziehung ist geprägt von: - Vertrauen - Wertschätzendem Verhalten - Sorgeberechtigte fühlen sich ernstgenommen	„Oft, dass man ein offenes Ohr dafür hat und sich man der Sache widmet.“ EXPKJ007
	Gute med. Versorgung der Kinder und Jugendlichen		„Entspannte Kinder heißen meistens auch entspannte Eltern. Oder entspanntere, sagen wir es mal so.“ EXPKJ032 „[...] was letztendlich ja alle Eltern immer wollen, ist, dass ihre Kinder glücklich werden.“ EXPKJ027
	Entpathologisierung	Ein Bewusstsein für Kollektivität schafft den Sorgeberechtigten Erleichterung: - Das Wissen um weitere Familien in einer ähnlichen Situation. - Die eigene Situation einordnen und relativieren zu können.	„[...] Entlastung im Sinne von, es ist nicht nur euer Problem. [...] Zu wissen, dass es nicht nur diese Familie trifft.“ EXPKJ017
Vorerfahrungen im Gesundheitswesen	Keine negativen Vorerfahrungen		
	Lange Wartezeiten	Die Familien durchlaufen einen langwierigen Diagnostik- und Therapieprozess.	„[...] weil es jetzt nicht so viele Stellen gibt, an die man sich wenden kann. Das sind dieses Warten auf Termine. Ich glaube, das ist das Hauptthema.“ EXPKJ011
	Fehlen von Anerkennung und Wertschätzung	Patient*innen und ihre Sorgeberechtigten fühlten sich im ärztlichen Setting oft	„Ja, wenn die nicht mit dem richtigen Namen ... Wenn die dann immer, ganz

K2: Erfahrungen im Rahmen der Behandlung

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
		missverstanden und ungerecht behandelt, bzw. nicht adäquat wahrgenommen. - fühlten sich nicht ernstgenommen - z.B. falsche Namensnennung	<i>konsequent, als Mädchen angesprochen werden, sich aber als Junge empfinden.“</i> EXPKJ027
	KJÄ äußerten Sorge vor oder berichtet von Erfahrungen mit affirmativer Diagnostik durch spezialisierte Behandler*innen	Es wird die Befürchtung geäußert, spezialisierte Behandlungsangebote würden potenziell nicht ergebnisoffen und unvoreingenommen agieren. Dies wird dadurch betont, dass explizit ein ergebnisoffenes primäres Beratungsangebot für Patient*innen gewünscht wird, damit sie nicht ‚direkt‘ zu einer Spezialambulanz gehen müssen, wenn noch gar nicht klar ist, ob es ‚wirklich‘ eine GD ist. Es scheint die Sorge zu bestehen, mit einer Überweisung indirekt auch die Entscheidung für körpermedizinische Maßnahmen zu bahnen.	<i>„[...] die wissen schon, was der Patient hat, bevor sie ihn überhaupt gesehen haben.“</i> EXPKJ002 <i>„[...] ich hab da einen Arztbrief bekommen - steht da ja ganz eindeutig, jetzt direkt Hormone und geschlechtsangleichende Maßnahmen. Das finde ich zu schnell, das finde ich zu früh. Das wird man erst sehen, ob das wirklich so ist.“</i> EXPKJ031
Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Indikationsstellung bei Minderjährigen	Keine, da Indikationsstellung durch Expert*innen erfolgt	Die Indikationsstellung zu körpermedizinischen Maßnahmen fällt nicht in den Aufgabenbereich der Kinder- und Jugendärzt*innen, sondern erfolgt durch spezialisiertes Fachpersonal.	<i>„Ich sehe mich da eigentlich gar nicht mit konfrontiert, weil ich diese Entscheidungen eigentlich nicht treffe. Das würde ich mir auch gar nicht zutrauen wollen [...]“</i> EXPKJ006
	Keine Erfahrungen mit Wunsch nach Indikationsstellung	Pädiater*in sah sich bisher nicht mit der Fragestellung- und somit auch nicht mit Schwierigkeiten- konfrontiert.	<i>„[...] es ist bei mir bisher nicht aufgetreten, dass jemand wirklich dann diesen Schritt auch getan hat.“</i> EXPKJ007
	Sorge vor Irreversibilität und Langzeitfolgen	Pädiater*in hat Sorge vor einer voreiligen Indikationsstellung und wünscht eine gute und sichere Diagnostik sowie eine Aufklärung über Konsequenzen und Probleme körpermed. Maßnahmen. - Abwägung von Nutzen und Risiko der	<i>„Ich glaube, die Schwierigkeit ist wirklich eben da, weil wir ja wissen, dass halt eben für einen Teil das eben nur eine vorübergehende Pubertätskrise ist und kein nachhaltiges Problem, was lebenslang da ist. Dass man da einfach</i>

K2: Erfahrungen im Rahmen der Behandlung

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
		<p>Körpermed. Maßnahmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sorge vor Verharmlosung der Folgen /Konsequenzen und einer unzureichenden Aufklärung über diese. 	<p><i>Sicherheit hat, bevor man eingreifende medizinische Maßnahmen ergreift, wie Hormontherapie oder geschlechtsumwandelnde Maßnahmen.“</i></p> <p>EXPKJ027</p>
	Zeitpunkt der Indikationsstellung	<p>Pädiater*in sieht Schwierigkeiten bei der Festlegung des richtigen Zeitpunktes der Indikationsstellung. Folgende Zustände sollten mit Sicherheit gegeben sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geschlechtsdysphorie ist permanent und sicher. - Ein entsprechender Reifegrad und die Einwilligungsfähigkeit des Kindes bestehen. - Die Festlegung auf einer Geschlechtsidentität wurde nicht, durch die binäre Ausrichtung der Gesellschaft, forciert (z.B. bei non-binären Kindern). 	<p><i>„[...] die Schwierigkeit ist zu erfassen, dass das was ist, was jetzt dauerhaft ist. Dass das nicht nur ein Gedanke ist oder eine Phase ist, sondern dass das was ist, was die den Rest des Lebens begleiten wird und bestehen bleibt. Das wäre glaube ich meine Sorge, wenn ich jetzt diese Entscheidung treffen müsste.“</i></p> <p>EXPKJ014</p>
	Anbindung der Familien	<p>Pädiater*in hat Schwierigkeiten, ein gutes Setting für die PatientInnen und ihre Familien zu finden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oft keine Beratungsstellen / Versorgungsstellen bekannt - Termine erst nach langen Wartezeiten - Mangel an Kapazitäten 	<p><i>„[...] ich merke da habe ich wenig Kontaktadressen, wo ich sagen kann, wenden Sie sich dahin oder nehmen Sie da mal Kontakt auf. Das fehlt mir, ja.“</i></p> <p>EXPKJ023</p>
	Einfluss von koinzidenten Störungen auf die Geschlechtsidentität	<p>Es besteht Unklarheit über den Einfluss von anderweitig behandlungsbedürftigen psych. Störungen auf die Wahrnehmung und Entwicklung der Geschlechtsidentität. Um eine intrinsische Geschlechtsdysphorie sicher von anderen psychischen Störungen als Ursache abzugrenzen, muss folgendes vorher</p>	<p><i>„Also deswegen kann man nicht jedes, jedes Kind, was irgendwie sich nicht so fühlt, hormonell einstellen, was nicht bei drei auf dem Baum ist. So einfach kann man sich es halt irgendwie nicht machen.“</i></p> <p>EXPKJ018</p>

K2: Erfahrungen im Rahmen der Behandlung

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
		<p>gesichert sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Geschlechtsdysphorie muss persistierend und darf nicht Ausdruck eines transienten Unwohlseins sein (z.B. Selbstfindung im Rahmen von Pubertät). - Körpermed. Maßnahmen müssen zu langfristigem Wohlbefinden führen und dürfen nicht lediglich eine kurzfristige Erleichterung in Hinblick auf generelles Unwohlsein bieten. - Eine gute und sichere psychologische / psychiatrische Diagnostik muss vor der Indikationsstellung erfolgen, um das Treffen von voreiligen Entscheidungen zu verhindern. 	
	Geringe Expertise der Pädiater*innen	<p>Pädiater*innen bemängeln ihre unzureichende Ausbildung hinsichtlich Geschlechtsdysphorie und einer Indikationsstellung zu körpermed. Maßnahmen. Auch befürchten sie, über zu wenig Erfahrungen zu verfügen, da GD ein seltener Beratungsanlass in der Praxis ist.</p>	<p>„Also die mangelnde Erfahrung eigentlich mit dem Thema ist das eigentliche Problem würde ich sagen.“ EXPKJ026 „ [...] nicht ausreichend ausgebildet zu sein, kann ich als allgemeiner Kinderarzt sagen. [...] Ich würde die professionelle Behandlung [...] sicherlich abgeben. [...] [W]ir als allgemeine Kinderärzte sind dafür nicht ausgebildet.“ EXPKJ030</p>
	Zeitdruck durch pubertäre körperliche Veränderung	<p>Eine fortschreitende körperlich Reifung in der Pubertät schafft einen Zeitdruck, da es sonst zunehmen schwieriger wird, zu intervenieren. Nicht benannt werden die irreversiblen Folgen, die bei persistieren der Geschlechtsidentität durch eine Vermännlichung/Verweiblichung entstehen können.</p>	<p>„[...] und wenn man mal Richtung Pubertät geht [...], [...] dann muss man ja auch in gewisser Weise handeln, sonst wird's ja zunehmend schwieriger.“ EXPKJ009</p>
Zufriedenheit mit körpermedizinischen Maßnahmen	Nicht beurteilbar	<p>Pädiater*in kann die Zufriedenheit seiner / ihrer Patient*innen mit körpermed.</p>	<p>„[...] das Problem ist, dass man die Jugendlichen ja danach nicht mehr, also</p>

K2: Erfahrungen im Rahmen der Behandlung

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
		<p>Maßnahmen nicht beurteilen, da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hat keine Maßnahmen betreut. - Steht noch am Anfang der Maßnahmen. - Keine langfristige Betreuung, da vorher Transition in die Erwachsenenmedizin erfolgt ist. 	<p><i>oft nicht sehr lange beobachtet. Weil die halt dann auch irgendwann erwachsen werden, ne? Und insofern ist das schwierig zu beurteilen, weil ja die Therapie oft zu einem relativ späten Zeitpunkt beginnt.“</i> EXPKJ030</p>
	Zufriedenheit mit körpermedizinischen Maßnahmen		<p><i>„[...] dass da eine große Erleichterung war, als die Weichen endlich wirklich gestellt waren. Und dass die, zum Beispiel Jungs, die dann tatsächlich Testosteron bekommen, so, dass es denen deutlich besser geht, psychisch.“</i> EXPKJ015</p>
	Keine Zufriedenheit	Ggf. Abbruch körpermedizinischer Maßnahmen.	
Detransition	Keine Erfahrungen mit Detransitionswünschen	Die kinderärztliche Betreuung erfolgt bis zum 18. Lebensjahr. Da in dieser Phase körpermed. Maßnahmen allenfalls begonnen werden, bestehen noch keine Detransitionswünsche der Patient*innen.	
Ungünstige Verläufe bezogen auf die psychische Gesundheit nach Beginn körpermedizinischer Maßnahmen	Keine Erfahrungen	<p>Pädiater*in hat keine Erfahrungen mit ungünstigen Verläufen bezogen auf die psychische Gesundheit der Patient*innen nach Beginn somatomedizinischer Maßnahmen.</p> <p>Unter Umständen werden folgende Erklärungen genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine Erfahrungen, da keine Maßnahmen betreut wurden. - Keine Erfahrungen bis zur Transition in die Erwachsenenmedizin. Danach besteht meist kein Kontakt mehr zu den Patient*innen. 	

K3: Kooperierende Einrichtungen und Interesse an Weiterbildungen

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
Fachliche Vernetzung	Gute fachliche Vernetzung	Pädiater*in empfindet die fachliche Vernetzung bezogen auf den eigenen Bedarf als gut und ausreichend.	„Eigentlich gut. Wenn man da ein Problem hat, dann weiß man, wo man sich hinwenden kann und dann erfolgt da die Anbindung, das funktioniert. Und auch die Rückmeldung, das funktioniert eigentlich ganz gut.“ EXPKJ026
	Schlechte fachliche Vernetzung	Es besteht kein professioneller Austausch zum Thema Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: - Bei Behandlung gemeinsamer Patient*innen. - Pädiater*in bemängelt das Fehlen von Austausch und fachlicher Vernetzung.	„Weil mir nicht gut bekannt ist, [...] wo in der Region sich die Jugendlichen am besten hinwenden. Also es ist nicht gut publik [...] in der Region, wo ich die hinschicke.“ EXPKJ023
	Fachliche Vernetzung ist verbesserungswürdig	Die fachliche Vernetzung begrenzt sich auf das Notwendigste und wird als ausbaufähig beschrieben. - Pädiater*innen verfügen über kein zufriedenstellendes Versorgungsnetzwerk.	„Also ich würde mir wünschen, dass die Vernetzung [...], dass der Austausch besser werden würde. Aber das ist, glaube ich, schwierig umzusetzen.“ EXPKJ014 „Ist noch dünn. Also das Netz darf noch weiter gesponnen werden.“ EXPKJ024
	Rückmeldung und Austausch nach Weiterleitung (Überweisung) werden vermisst	Nach Überweisung erhält Pädiater*in keine, oder nur unzufriedenstellende, Rückmeldung über den aktuellen Behandlungsstand des / der Patient*in. Gewünscht werden: - Arztbriefe - Mündlicher Austausch	„Es gibt gelegentliche Ausnahmen, aber in aller Regel betteln wir um die Berichte und kriegen doch keine.“ EXPKJ013
Informations- und Unterstützungsbedarfe	Informationsmaterialien für Patient*innen und Sorgeberechtigte	Informationsmaterialien mit grundlegenden Themen und Kontakten zu weiterführenden Anlaufstellen zur Ausgabe an Patient*innen und ihre Familien. - z.B. Flyer, Broschüren	„Einfach mehr Informationen, Broschüren, oder Zeitschriften oder sowas, dass man denen sowas an die Hand geben kann und dann wirklich auch Adressen oder Telefonnummern, an die sie sich wenden können.“ EXPKJ003

K3: Kooperierende Einrichtungen und Interesse an Weiterbildungen

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
	Informationsmaterialien für hausärztliche Pädiater*innen	<p>Ein regelmäßiges Angebot an Informationsmaterialien zum Thema Geschlechtsdysphorie für Pädiater*innen sei hilfreich und ist gewünscht. Folgende Inhalte werden vorgeschlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leitfaden (Hinweise zu leitliniengerechtem Vorgehen) - Kontakte zu weiterführenden Anlaufstellen und Ansprechpartner*innen - Hinweise zu Literatur - Aktueller Kenntnisstand (State-of-the-Art) <p>Dies würde den klinischen Alltag erleichtern, denn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oft bleibt nicht genügend Zeit, um sich die Informationen selbst zusammen zu suchen. - GD ist in der pädiatrischen Praxis ein seltener Beratungsanlass, weshalb den Pädiater*innen die Routine fehlt. 	<p>„[...] wenn es so etwas gäbe wie so eine Art Informationsblatt, vielleicht alle ein, zwei Jahre, so ein Newsletter oder so einen elektronischen Flyer, der wirklich einfach nur versandt wird. [...] Es ist auch immer eine Frage der Zeit in der Praxis, wenn man lange rumsuchen muss [...].“</p> <p>EXPKJ011</p> <p>„Also es wäre [...] nochmal gut, da irgendwie so einen DIN-A4 Zettel zu haben, wie wir damit umgehen können, [...] dass man da irgendeine Art von Leitfaden hätte, der aber jetzt nicht 27 Seiten lang ist.“</p> <p>EXPKJ021</p>
	Etablierung von GD in der KJM	<p>Es bedarf einer festen Etablierung der ‚Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter‘ in der Kinder- und Jugendmedizin. Eine Zunahme des Austauschs zwischen Pädiater*innen und in Fachgesellschaften wird gewünscht, um:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dafür zu sensibilisieren und somit Vorurteile und Unsicherheiten abschaffen. - Pädiater*innen aufzuklären. - Das Thema GD zu enttabuisieren. 	<p>„Und natürlich muss man [...] die hausärztliche Versorgung mitnehmen. [...] [D]as ist immer von Kollege zu Kollege unterschiedliche, aber grundsätzlich glaube ich, dass meine kinderärztlichen Kollegen da [...] sehr offen sind.“</p> <p>EXPKJ006</p> <p>„[...] umso besser wir die Kinder- und Jugendärzte informieren, [...] umso besser wir die in das Thema mit einbinden, umso besser kann die Versorgung für die Jugendlichen sein.“</p> <p>EXPKJ021</p>

K3: Kooperierende Einrichtungen und Interesse an Weiterbildungen

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
		<ul style="list-style-type: none"> - Eine gute Ausbildung der primären Ansprechpartner*innen zu gewährleisten. - Austausch der Erfahrungen von Pädiater*innen und Zugang zu Netzwerken ermöglichen. <p>Dies trage dazu bei, die pädiatrisch-hausärztliche Versorgung für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie zu verbessern.</p>	<p>„[...] dass das Thema Transidentität oder Transgenderfragen halt bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten ein bisschen mehr auf die Agenda kommen müssten in der Fortbildung.“ EXPKJ025</p>
	Ausreichend Informations- und Unterstützungsangebote vorhanden	<p>Es bestehen ausreichend Informations- und Unterstützungsangebote, um den Bedarf von Pädiater*innen abzudecken.</p>	<p>„[...] [S]o häufig ist es einfach nicht, [...] da braucht man [...] nicht mehr Informationen, [...] man [muss] sich dann im konkreten Fall einfach kümmern [...] und wenn man das tut, dann hat man die Informationen gut verfügbar.“ EXPKJ022</p>
Weiterbildungen	Fortbildungsbedarf	<p>Der Bedarf an Fort- und Weiterbildungen zum Thema ‚Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter‘ ist nicht gedeckt. Pädiater*innen wünschen sich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mehr Angebot - Leichterem Zugang zu Angeboten, z.B. ortsnah oder online („Webinare“) <p>Folgende Inhalte an Fortbildungen werden gewünscht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allg. Informationen zu GD - Diagnostik - Behandlung - Langzeitverlauf und Erfahrungen - Psychosoziale Betreuung - Regelmäßiger Zugang zu aktuellen Erkenntnissen (State-of-the-Art) 	<p>„[...] was kann der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt denn schon an Vorarbeit leisten? Also das ist für uns immer am wichtigsten zu wissen. [...] [S]ollen wir die gleich überweisen, oder sollen wir irgendwas tun, sollen wir irgendwelche Tests machen?“ EXPKJ020</p> <p>„Die Thematik halt überhaupt. Also jetzt nicht irgendwelche speziellen Aspekte davon, sondern die Thematik überhaupt. Weil wenn ich in einem der angebotenen Kongresse in meinem Fachgebiet dieses Thema mal entdecken würde in nächster Zeit, würde ich es wahrscheinlich belegen.“ EXPKJ025</p>

K3: Kooperierende Einrichtungen und Interesse an Weiterbildungen

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
		- Leitfaden für die pädiatrische Grundversorgung	
	Fallvorstellungen und Vorträge durch Expert*innen	<p>Vorträge von behandelnden Expert*innen, die aus eigenen Erfahrungen berichten können, werden als hilfreich empfunden.</p> <p>- Fallvorstellungen seien nachvollziehbarer als faktenbasierte Vorträge.</p> <p>. Dies biete die Möglichkeit, Kontakt zu spezialisierten Anlaufstellen zu knüpfen und sein Netzwerk auszubauen.</p>	<p>„Ja auch vor allen Dingen, um den, um den, um mal einen persönlichen Austausch mit den Protagonisten zu haben, den haben wir ja nicht.“ EXPKJ002</p>
	Kein weiterführender Bedarf	<p>Aktuell besteht kein weiterführender Bedarf an einem Ausbau an Weiterbildungen und Fortbildungen.</p> <p>- Der subjektive Bedarf ist gedeckt.</p> <p>- Patient*innen werden für die weitere Versorgung an Expert*innen weitergeleitet.</p>	
Zusätzliche Versorgungs- und Hilfsangebote	Ausbau von Beratungsangeboten	<p>Der Ausbau von allgemeinen Beratungsstellen für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie sowie die Sorgeberechtigten wird gewünscht.</p> <p>- Primäres individuelles Beratungsangebot (unabhängig von Spezialambulanzen)</p> <p>- Niederschwelliger Zugang und kürzere Wartezeiten</p> <p>- Psychosoziale Beratung</p> <p>- Ergebnisoffene Beratung</p> <p>- Ortsnahe Möglichkeiten</p> <p>- Familienangebote</p>	<p>„Also, ich kann mir vorstellen, dass es da noch mehr niederschwelligen Gesprächs-/Beratungsbedarf für Jugendliche gibt, ohne dass das jetzt quasi immer dann wirklich eine Geschlechtsdysphorie sein muss am Ende.[...] [D]ass die vielleicht einfach erstmal überhaupt Gesprächsbedarf haben, um klar zur sagen, brauchen die überhaupt so eine Spezialambulanz, oder ist das doch gar nicht das Thema.“ EXPKJ022</p> <p>„Also, niederschwellige Informationsangebote, oder vielleicht auch eine Hotline, wo man sich bei Fragen oder Problemen auch dran</p>

K3: Kooperierende Einrichtungen und Interesse an Weiterbildungen

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
		- Gesprächsangebote - Online-Beratungen und Hotlines	wenden kann. Aber auch ganz niederschwellig halt.“ EXPKJ026
	Fachliche Qualitätskontrolle und Ausbau von digitalen Inhalten	Es wird die Sorge geäußert, dass digitale Inhalte nicht immer qualitätsgeprüft sind und gleichzeitig aber eine wichtige Informationsquelle für die Jugendlichen darstellen. Unklar ist, welche Informationen Jugendliche dort bekommen und ob sie potenziell sogar fragliche Präparate bestellen. Es wird der Wunsch geäußert, fachlich geprüfte digitale Inhalte auszubauen, damit auf das Bedürfnis nach einer niedrigschwelligen digitalen Informationsmöglichkeit eingegangen wird.	„[...] die brauchen eben niederschwellige Online-Angebote, [...]. Dass die sich nicht versteigen in irgendeinem fiesen Facebook, Instagram oder sonst was. [...] oder so Foren, weil Foren sind eine Katastrophe. [...] Und darum denke ich, es muss Angebote geben, die vernünftig sind und die nicht nur Angst und Schrecken verbreiten.“ EXPKJ015
	Schulung des Lehrpersonals an Schulen	Probleme in der Schule sind ein häufiger Beratungsanlass bei Kindern und Jugendlichen mit GD. Die Schulung des Lehrpersonals könnte hier Abhilfe leisten.	„Ich glaube, es wäre gut, wenn die Lehrer und die Sozialarbeiter und so, wenn die auch in diese Thematik mit eingebunden werden. Weil Schule ja einfach so ein Riesenfaktor für die Kinder ist. Und wo einfach, glaube ich, auch von deren Seite viel Unsicherheit, Unwissenheit ist.“ EXPKJ014
	Unterstützungsangebote für Sorgeberechtigte und Familien	Pädiater*in sieht die Familie als einen wichtigen Teil der Kinder- und Jugendmedizin an, weshalb diese in das Betreuungsangebot mit einbezogen werden sollte.	„Also ich glaube, genau, bei den Eltern, die brauchen halt viel mehr Beratung und Unterstützung, weil die glaube ich wieder gute Unterstützung sein können für die Jugendlichen.“ EXPKJ021
	Ausbau der Kapazitäten in der psychologischen Betreuung	Die fehlende Möglichkeit einer zeitnahen psychologischen Anbindung wird bemängelt.	„Mehr Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wir haben einfach einen Engpass für Psychotherapien auch. Weil ich glaube schon, dass das ganz eng von einem Psychotherapeuten auch begleitet werden muss.“ EXPKJ016

K3: Kooperierende Einrichtungen und Interesse an Weiterbildungen

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
	Ausbau von Spezialambulanzen	<p>Es besteht der Wunsch nach einem Ausbau der Versorgung durch Spezialambulanzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ergebnisoffene Beratung durch Fachpersonal für die Patient*innen und ihre Familien. - Leichter Zugang, evtl. auch ohne Überweisung durch den / die Pädiater*in. - Kürzere Wartezeiten. - Mehr Kooperation und Austausch mit den betreuenden Pädiater*innen. 	<p>„Auch da: leichter Zugang zu Spezialambulanzen. Die müssen ja eigentlich immer erst zu uns, [...] also die müssen sich ja meistens irgendwie überweisen lassen - also dass die vielleicht einfacheren Zugang haben.“</p> <p>EXPKJ020</p> <p>„Ausreichend Diagnostik- und Therapiekapazitäten schaffen, um die sehr langen Wartezeiten an den Zentren abzubauen.“ EXPKJ025</p>
	Gruppenangebote	<p>Pädiater*in wünscht sich eine Vernetzung der Patient*innen sowie von betroffenen Familien. Vermittlung von Selbsthilfegruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - für Patient*innen - für Sorgeberechtigte 	<p>„Mit der Schwierigkeit, dass hier im ländlichen Raum eine Anbindung zum Beispiel an Gruppen fast nicht möglich ist.“ EXPKJ017</p> <p>„Also [...] über Selbsthilfegruppen, dass wir das vielleicht nochmal aktiver vermitteln, ja.“ EXPKJ021</p>

K4: Abschluss

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
Fragen oder Anmerkungen	Fragestellungen teilweise nicht beantwortbar für Pädiater*innen	Pädiater*innen haben zu wenig Erfahrung und Expertise, um einige der Fragestellungen beantworten zu können: - Eine Geschlechtsdysphorie ist im pädiatrisch-hausärztlichen Alltag ein seltener Beratungsanlass. - Viele Fragestellungen sind erst ab der Pubertät und später relevant, also nach der Transition in die Erwachsenenmedizin.	„Sie merken, ich kann Ihnen auch nicht wirklich inhaltlich Bedeutsames beitragen. Denn in der praktischen Kinder- und Jugendmedizin, so wie wir sie betreiben, ist das wirklich eine ganz kleine Randerscheinung.“ EXPKJ011
Noch relevante Themen	Thematisierung des Selbstbestimmungsgesetzes		
	Migrations- und kulturellen Hintergrund der Familien		
	Pränatale Phase, ggf. Miteinbeziehen von Gynäkolog*innen		
	Aufarbeitung in den Schulen		
	Den Kenntnisstand der Pädiater*innen abfragen		
Feedback	Erfreut über wissenschaftliche Aufarbeitung der GD	Pädiater*in ist erfreut, dass die ‚Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter‘ wissenschaftlich aufgearbeitet und sich der Versorgung der Kinder und Jugendlichen angenommen wird.	„Ich finde es gut, dass Sie sich darum kümmern. Das ist zwar ein Nischenthema, aber es ist für die Betroffenen noch wichtig.“ EXPKJ001 „ [...] ich finde es gut, wenn das jetzt zunehmend Eingang auch in die tägliche Medizin findet. Weil die Problematik ja auch zunehmend häufiger und offener in unserem Alltag vorkommt [...]“ EXPKJ005 „ [...] ich finde das gut, weil ich glaube, das ist eine Thematik, die uns weiter beschäftigen wird. Und die einfach aktuell die Versorgungssituation wirklich noch schwierig ist und noch nicht optimal oder befriedigend für alle gelöst ist.“ EXPKJ014

K4: Abschluss

Hauptkategorie	Kategorie Name	Definition	Ankerbeispiele
	Möchte Rückmeldung zu Ergebnissen erhalten		