

# Finnland veröffentlichte die Daten (Teil I): Was die Studie\* ergab

Ein nationales Register, das sich über mehr als zwei Jahrzehnte erstreckt. Jeder Patient wird erfasst. Niemand wird vergessen.

[LGB COURAGE COALITION](#)

14. APRIL 2026

## Die Zahlen

Beginnen wir mit der Zahl zur Medikalisierung, die die Diskussion beendet: Bei Jungen, die eine feminisierende Geschlechtsumwandlung durchliefen, stieg die Rate schwerer psychischer Erkrankungen von 9,8 % vor der Überweisung auf 60,7 % danach – mehr als eine Versechsfachung. Bei Mädchen, die eine maskulinisierende Geschlechtsumwandlung durchliefen, stieg sie von 21,6 % auf 54,5 %.

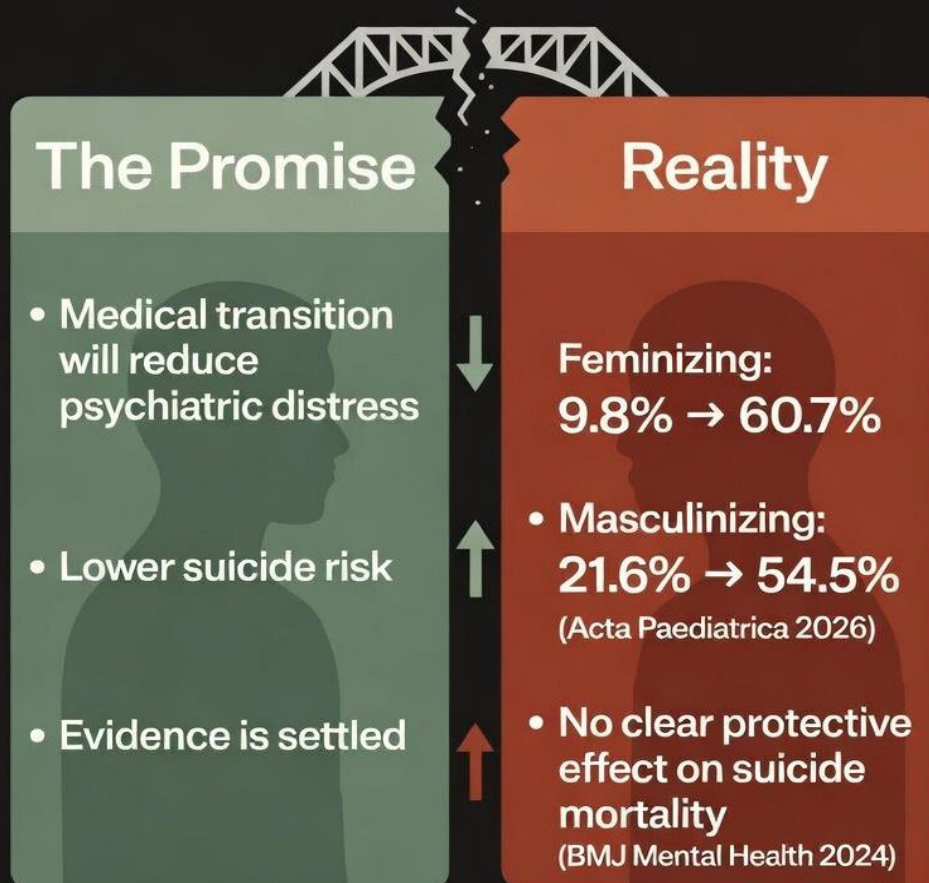
Diese Kinder galten nach klinischen Kriterien als geeignete Kandidaten für eine medizinische Intervention. Sie wurden für die Behandlung ausgewählt, weil ihr psychiatrischer Bedarf bei der Aufnahme deutlich geringer war als der von Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie, die nicht ausgewählt wurden. Doch nach der Behandlung benötigte mehr als die Hälfte der medizinisch behandelten Patienten eine psychiatrische Spezialversorgung. Ihre psychiatrischen Erkrankungsraten näherten sich denen ihrer Altersgenossen mit Geschlechtsdysphorie an, die als psychisch nicht stabil genug für eine medizinische Behandlung eingestuft worden waren. Und es betraf nicht nur die medizinisch behandelten Patienten. Das Muster reichte tiefer.

## Das Gesamtbild

Jugendliche, die aufgrund ihrer Geschlechtsidentität einer Klinik für geschlechtsangleichende Erkrankungen zugeordnet wurden, wiesen etwa dreimal so häufig schwere psychische Erkrankungen auf wie ihre vergleichbaren Altersgenossen, bevor sie eine Klinik für geschlechtsangleichende Erkrankungen aufsuchten (45,7 % gegenüber 15,0 %). Zwei oder mehr Jahre später war die Wahrscheinlichkeit sogar mehr als viermal so hoch (61,7 % gegenüber 14,6 %). Die Kontrollgruppe blieb im gleichen Zeitraum konstant. Diese Stabilität ist von Bedeutung: Würde der Anstieg der psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen, die aufgrund ihrer Geschlechtsidentität einer Klinik zugeordnet wurden, lediglich auf verbesserte Vorsorgeuntersuchungen oder einen erweiterten Zugang zur Versorgung zurückzuführen sein, wäre ein vergleichbarer Anstieg auch in der Kontrollgruppe zu erwarten gewesen. Ein solcher Anstieg war jedoch nicht festzustellen.

# The Promise vs. Reality

Finnish registry studies on gender-referred youth.



**The promise did not hold.**

Ruuska, Tuisku, Holttinen & Kaltiala, Acta Paediatrica (2026)

## Was die Studie gemessen hat und warum es wichtig ist

Die Studie wurde in der Fachzeitschrift *Acta Paediatrica*, einem nordischen pädiatrischen Fachjournal mit Peer-Review-Verfahren, veröffentlicht und von dem finnischen Forscher Sami-Matti Ruuska und der Seniorautorin Riittakerttu Kaltiala geleitet. Sie nutzte Finnlands nationale Gesundheitsregister, um alle Personen unter 23 Jahren zu verfolgen, die zwischen 1996 und 2019 an die beiden zentralen Kliniken für Geschlechtsidentität des Landes

überwiesen wurden: 2.083 überwiesene Personen wurden mit 16.643 Gleichaltrigen aus der Allgemeinbevölkerung verglichen. Jeder Fall wurde anhand von Geburtsjahr und Gemeinde mit vier männlichen und vier weiblichen Kontrollpersonen abgeglichen, sodass jede überwiesene Person mit gleichaltrigen Personen aus derselben Region verglichen werden konnte, die nicht überwiesen worden waren.

### Aktie

Dr. Julia Mason, Fachärztin für Kinderheilkunde und Gründungsmitglied der Gesellschaft für evidenzbasierte Geschlechtsmedizin, brachte es auf den Punkt: „Die Finnen gingen unvoreingenommen an die Einführung von Geschlechtsidentitätsberatung für Minderjährige heran, aber im Gegensatz zu manchen anderen Kliniken achteten sie genau auf die Entwicklung.“ Kaltiala erzählte in Interviews, dass sie, als ihre Vorgesetzten sie 2011 mit der Eröffnung einer kinderärztlichen Klinik für Geschlechtsidentität beauftragten, die Fachliteratur sichtete und nicht sonderlich beeindruckt war. Finnland sei jedoch ein kleines Land, bemerkte sie, und alle anderen schienen so zuversichtlich. Also folgte sie dem niederländischen Protokoll, stellte schnell fest, dass die Patientinnen und Patienten ihrer Klinik nicht dem in den niederländischen Studien beschriebenen Profil entsprachen, und begann, ihre Erkenntnisse zu veröffentlichen.

Dr. Yuan (Ray) Zhang, Forschungsmethodiker im Gesundheitswesen an der McMaster University und Mitautor des HHS-Evidenzberichts zu Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter, beurteilte das Studiendesign: „Es handelt sich um ein nationales Register, daher ist die Rekrutierung der Studienteilnehmer nicht selektiv. Die Studie vergleicht behandelte mit unbehandelten Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie und umfasst eine Langzeitbeobachtung. Aufgrund dieser Merkmale weist sie ein vermutlich besseres Studiendesign auf als andere Studien in diesem Bereich.“ Zhang wies jedoch auch auf eine wichtige Einschränkung hin: Der Ausgangspunkt der Messung (das sogenannte „Indexdatum“) ist der erste Kliniktermin, nicht der Behandlungsbeginn. Das bedeutet, dass die zweijährige Wartezeit, bevor die Forscher mit der Auswertung der Ergebnisse begannen, für verschiedene Patienten unterschiedlich viel Zeit nach der Behandlung erfassen kann. In einigen Fällen hat die Behandlung innerhalb dieses Zeitraums möglicherweise noch nicht begonnen, sodass die „Nachher“-Messung vor der eigentlich zu erfassenden Intervention liegen könnte.

Da die Gesundheitsregister in Finnland verpflichtend sind und Patientinnen und Patienten sich nicht abmelden können, erfasste der Datensatz den vollständigen Verlauf aller geschlechtsbezogenen Jugendlichen des Landes in diesem Zeitraum. Die mediane

Nachbeobachtungszeit (die Dauer, über die jede Patientin oder jeder Patient beobachtet wurde) betrug knapp fünf Jahre, mit einem Maximum von fünfundzwanzig Jahren.

Die Studie erfasste den Kontakt zu spezialisierten psychiatrischen Diensten. Im zweistufigen finnischen Gesundheitssystem werden routinemäßige psychiatrische Erkrankungen von der Primärversorgung behandelt, darunter die Verschreibung von Antidepressiva und die Behandlung häufiger Diagnosen wie ADHS. Patienten werden nur dann an spezialisierte Dienste überwiesen, wenn ihr Zustand so schwerwiegend oder so stark verschlechtert ist, dass die Primärversorgung ihn nicht mehr bewältigen kann. Nach Stabilisierung kehren sie in die Primärversorgung zurück. Die Studie erfasst ausschließlich diese höhere Versorgungsstufe. Mason erklärte: „Routinemäßige psychiatrische Behandlungen in der Primärversorgung, wie die Behandlung von ADHS oder einer einfachen Depression mit einem SSRI, werden in Finnland nicht von spezialisierten psychiatrischen Diensten durchgeführt.“ Die Studie erfasst also nicht den routinemäßigen Kontakt mit der psychischen Gesundheitsversorgung, sondern einen Schwellenwert des Schweregrades, der eine Überweisung erforderlich macht.

Eine medizinische Geschlechtsangleichung wurde definiert als eine mindestens einjährige Behandlung mit maskulinisierenden oder feminisierenden Hormonen, eine Brustmaskulinisierungsoperation und/oder eine Genitaloperation. Von den 2.083 Personen, die sich einer Geschlechtsangleichung unterzogen hatten, wählten 38,2 % (796) den Eingriff.

Die Forscher verglichen die Häufigkeit psychiatrischer Behandlungen auf Facharztniveau zu zwei Zeitpunkten: vor dem ersten Termin in der Klinik für Geschlechtsidentität und ab zwei Jahren nach diesem Termin.

Die zweijährige Pause ermöglichte es, den Beurteilungsprozess und etwaige nachfolgende medizinische Interventionen einzuleiten, bevor die Ergebnisse gemessen wurden. Der Beobachtungszeitraum erstreckte sich von diesem Zweijahreszeitraum bis zum Ende der Beobachtung (Tod oder Juni 2022), sodass die Nachbeobachtungsdauer individuell variierte.

### **Auf den Kopf gestellt: Minderheitenstressmodell**

Das vorherrschende Modell in der geschlechtsangleichenden Versorgung geht davon aus, dass psychische Belastungen bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie sekundär zur Geschlechtsdysphorie selbst sind und maßgeblich durch soziale Stigmatisierung und Vorurteile bedingt werden. Nach diesem Modell sollte die Behandlung der Dysphorie durch eine medizinische Transition die psychischen Probleme lindern. Die finnischen Daten zeigen jedoch das Gegenteil.

Der Anteil der Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörung, die bereits vor ihrem ersten Kontakt mit Beratungsstellen für Geschlechtsidentität eine spezialisierte psychiatrische Behandlung benötigten, verdoppelte sich von der früheren zur späteren Kohorte: 23,7 % in den Jahren 1996 bis 2010 gegenüber 47,9 % in den Jahren 2011 bis 2019. In der allgemeinen Jugendbevölkerung war kein vergleichbarer Anstieg zu verzeichnen. „Die Theorie des Minderheitenstresses besagt, dass psychische Störungen bei transidenten Menschen größtenteils auf tatsächlichen und internalisierten Vorurteilen beruhen. Mit der zunehmenden Öffnung der Gesellschaft gegenüber sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten hätte man in den späteren Kohorten einen Rückgang der psychiatrischen Erkrankungen erwarten können“, schreiben die Autoren. Sie räumen ein, dass ein geringeres Stigma die Inanspruchnahme von Behandlungen erhöhen kann, doch wäre dies die alleinige Erklärung, ähnelten die neueren Kohorten den früheren im Wesentlichen, wären nur größer. Stattdessen verschlechterte sich das psychiatrische Profil der Bevölkerung, die Beratungsstellen für Geschlechtsidentitätsstörungen aufsuchte, im Laufe der Zeit dramatisch.

Die Schlussfolgerung der Autoren stellt das gängige Modell auf den Kopf: „Die beträchtliche schwere psychiatrische Morbidität vor der Kontaktaufnahme mit dem GIS und deren Zunahme im Laufe der Zeit legen nahe, dass die Geschlechtsdysphorie bei einigen dieser Jugendlichen sekundär zu anderen psychischen Problemen auftreten kann.“ Die Kausalität, so vermuten sie, könnte in die andere Richtung verlaufen, wobei psychiatrische Schwierigkeiten eher zu geschlechtsbezogenem Leidensdruck führen als umgekehrt.

### **So funktionierte der Behandlungsvergleich**

Die Studie teilte die Jugendlichen, die einer Geschlechtsangleichung unterzogen wurden, in zwei Gruppen ein: diejenigen, die eine medizinische Geschlechtsangleichung erhielten, und diejenigen, die dies nicht taten. Bei denjenigen, die keine medizinische Behandlung in Anspruch nahmen, war die Rate psychiatrischer Erkrankungen vor der Überweisung hoch: 53,1 % bei Jungen und 65,0 % bei Mädchen. In Finnland wird Patienten mit schwersten psychiatrischen Erkrankungen keine medizinische Geschlechtsangleichung gewährt. Die schwerstkranken Patienten wurden daher bewusst von der Behandlungsgruppe ausgeschlossen. Bei denjenigen, die eine medizinische Behandlung in Anspruch nahmen, waren die anfänglichen Raten deutlich niedriger: 9,8 % bei Jungen und 21,6 % bei Mädchen. Die Autoren stellen fest, dass die Rate psychiatrischer Behandlung vor der Überweisung bei den Jungen, die sich später einer feminisierenden Behandlung unterzogen, sich nicht signifikant von der der Kontrollgruppe unterschied. Diese Jungen kamen mit einem

unauffälligen psychiatrischen Befund in das System. Mehr als 60 % von ihnen blieben jedoch nicht so.

Die Autoren der Studie stellten fest, dass Östrogen möglicherweise depressive Symptome auslösen kann und dass, obwohl maskulinisierende Hormone die Stimmung vorübergehend verbessern können, der Bedarf an psychiatrischer Behandlung bei denjenigen, die sie erhielten, deutlich anstieg. Dr. Roy Eappen, ein Endokrinologe aus Montreal und Assistenzprofessor für Medizin an der McGill University, bestätigte, dass dieses Muster mit etablierten endokrinologischen Erkenntnissen übereinstimmt: „Östrogen ist bei Männern üblicherweise eine Ursache für Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Gynäkomastie (Brustwachstum) und sexuelle Funktionsstörungen.“ Er merkte an, dass Testosteron zwar die Stimmung bei Frauen verbessern könne, aber „sicherlich kein Mittel gegen Depressionen“ sei. Eappen wies auch auf eine düstere historische Parallele hin: „Wir möchten darauf hinweisen, dass Östrogen in der Vergangenheit zur Bestrafung homosexueller Männer eingesetzt wurde. Alan Turing, ein Held des Zweiten Weltkriegs und homosexueller Mann, erhielt Östrogen, was wahrscheinlich zu seinem frühen Tod beitrug.“ Die genaue Todesursache Turings ist unter Historikern weiterhin umstritten, die psychiatrischen Auswirkungen der Östrogenbehandlung, der er unterzogen wurde, jedoch nicht.

Nachdem die Autoren ihre Analyse um frühere psychiatrische Behandlungen, das Geburtsjahr und das Jahr der Überweisung bereinigt hatten, verschwanden die scheinbaren Unterschiede zwischen den medizinisch versorgten und nicht-medizinisch versorgten Gruppen. Alle geschlechtsspezifischen Gruppen wiesen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein ähnlich erhöhtes Risiko für eine nachfolgende psychiatrische Behandlung auf: etwa fünf- bis sechsmal höher als bei den männlichen und drei- bis viermal höher als bei den weiblichen Kontrollpersonen, unabhängig davon, ob sie medizinisch versorgt worden waren. Anders ausgedrückt: Sobald die Forscher berücksichtigten, dass die unbehandelte Gruppe zu Beginn kränker war, hatte der Behandlungsstatus keinen Einfluss mehr auf das Ergebnis.

Zhang bewertete den Konvergenzbefund mit der ihm eigenen methodischen Sorgfalt: „Es stellt sich die Frage, warum die Wirksamkeit der medizinischen Umstrukturierung zur Verbesserung der psychischen Gesundheit nicht in einem großen nationalen Register sichtbar ist.“ Die Autoren schließen daraus, dass sie bei einigen Betroffenen offenbar mit einer Verschlechterung des psychischen Zustands einhergeht.

Im zweiten Teil: die Kampagne zur Diskreditierung der Studie, die Medien, die dazu schwiegen, und was beide Seiten immer wieder falsch machen.

\* Quelle: Acta Paediatrica Volume 115 Issue 7, pp. 1545 - 1553, 04.04.2026