

# Zwischen Selbstbestimmung und Kindeswohlschutz: Die Behandlung von Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie\*

Kimberley Tietz

**Abstract:** Immer mehr Minderjährige suchen aufgrund von Geschlechtsdysphorie medizinische Hilfe auf und wünschen nach körpermodifizierenden, hormonellen Eingriffen. Dabei sind besonders die Risiken und Nutzen der sogenannten „Pubertätsblocker“ in der Fachwelt umstritten. Um die jugendliche Selbstbestimmung zu gewährleisten und zugleich das Kindeswohl zu schützen, muss sich die Zulässigkeit der hormonellen Behandlung nach strengen Kriterien hinsichtlich der Einwilligungsfähigkeit und der Indikation richten.

## I. Einleitung

Die Anzahl der Minderjährigen, die aufgrund von Unsicherheiten bezüglich ihres Zugehörigkeitsempfindens zu ihrem Geburtsgeschlecht medizinische Hilfe aufsuchen, wächst seit Mitte der 2000er stetig an<sup>1</sup>. Dabei erstreckt sich dieses Phänomen nicht nur auf einzelne Länder, sondern ist fast durchgehend in der westlichen Welt zu finden<sup>2</sup>. Besonders die steigende Nachfrage von Minderjährigen nach körpermodifizierenden Angleichungsmaßnahmen führte zu der aktuellen Kontroverse, um die beste medizinische Behandlung der Geschlechtsdysphorie während der pubertären Entwicklungsphase.

Der vorliegende Aufsatz soll die Behandlung jugendlicher Patienten mit sogenannten „Pubertätsblockern“, welche zur Unterdrückung der biologischen Pubertät angewandt werden, im Spannungsfeld der jugendlichen Selbstbestimmung und des sie unter Umständen begrenzenden Kindeswohlschutzes verorten. Dabei wird neben der medizinrechtlichen Einordnung, auch ein Überblick über den aktuellen medizinischen Stand erfolgen.

## II. Medizinische Grundlagen und Entwicklungstendenzen

Das biologische Geschlecht ergibt sich aus den verschiedenen, wechselwirkenden genetischen, hormonellen und neurobiologischen Ebenen<sup>3</sup>. Das Verständnis vom Geschlecht wird beim Menschen jedoch zusätzlich von psychosozialen Einflüssen geformt, die sich sowohl auf den Bereich der typischen Rollenerwartungen als auch auf das Empfinden einer inneren Stimmigkeit der Geschlechtsidentität beziehen<sup>4</sup>. Weicht das empfundene psychosoziale Geschlecht vom biologischen ab, spricht man von einer Geschlechtsinkongruenz. Entsteht durch diese Inkongruenz ein krankheitswerter Leidensdruck, liegt eine Geschlechtsdysphorie<sup>5</sup> vor, welche zur Indikation einer medizinischen Behandlung führen kann.

Der Wandel der Behandlungsansätze sowie der gesellschaftlichen Betrachtung dieses Phänomens zeigt sich besonders in den veränderten Darstellungen der gängigen Diagnosemanuals, dem DSM und ICD. Während der ICD-10 dieses Phänomen noch als „Störung der Geschlechts-

identität“ führte, prägte der DSM-5 bereits den Begriff der „Geschlechtsdysphorie“, wobei vor allem der erlebte Leidensdruck und die körperdysphorischen Symptome die Krankheitswertigkeit begründen. Der seit 2022 bestehende ICD-11, welcher aktuell jedoch noch nicht zur Morbiditätskodierung verwendet wird, geht dabei noch einen Schritt weiter, indem er die GD systematisch nicht mehr den psychischen Erkrankungen zuordnet und sich selbst vom Erfordernis eines krankheitswerten Leidensdruck löst<sup>6</sup>. Dieser Umdeutung liegen Entpathologisierungsbemühungen zu Grunde.

### 1. Erscheinungsformen der GD

Unabhängig vom konkreten Klassifikationssystem besteht im Bereich der minderjährigen Patienten eine weitestgehend anerkannte Unterscheidung zwischen GD im Kindes- und im Jugendalter. Diese Unterscheidung ist von großer Relevanz, weil eine GD im Kindesalter nicht automatisch zu einer persistierenden GD im Jugend- sowie Erwachsenenalter führt und insofern Einfluss auf die zu wählende Behandlung hat<sup>7</sup>. Es ist davon auszugehen, dass die Persistenzrate bei Kindern mit GD lediglich im Bereich von 10 bis 40 % liegt<sup>8</sup>. Bei desistierenden Kindern löst sich das inkongruente Geschlechtsempfinden im Verlauf der weiteren sozioemotionalen und somatopsychosexuellen Entwicklung auf<sup>9</sup>. Häufig zeigt sich auch eine bi- bzw. homosexuelle Orientierung im Erwachsenenalter<sup>10</sup>.

Dabei erwies sich das Alter zwischen 10 und 13 Jahren als weichenstellende Entwicklungsphase, in der sich Persistenz oder Desistenz abzeichnen<sup>11</sup>. Relevant scheinen dabei die sich verändernden Rollenerwartungen seitens des sozialen Umfelds sowie die einschneidenden Veränderungen durch

\*) Dieser Aufsatz entstand im Rahmen einer Masterarbeit im Studiengang Medizin-Ethik-Recht der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

- 1) *de Graaf et al.*, Archives of Sexual Behavior 2018, 1301, 1302f.; *Zucker*, Archives of Sexual Behavior 2019, 1983.
- 2) Vgl. *Aitken et al.*, The Journal of Sexual Medicine 2015, 756, 758; *Fielding, Bass*, BJPsych Bulletin 2018, 1; *Segev-Becker et al.*, Endocrine Practice 2020, 423, 423ff.
- 3) *Siegel, Bosinski*, Die Urologie 2022, 1.
- 4) *Siegel, Bosinski*, Die Urologie 2022, 1.
- 5) Im Folgenden nur noch GD genannt.
- 6) *Harney, Huster, Kohlenbach*, MedR 2023, 127, 128; *Romer, Lempp*, Nervenheilkunde 2022, 309, 310.
- 7) *Claahsen-van der Grinten et al.*, European Journal of Pediatrics 2021, 1349, 1352; *Steenma et al.*, Clinical Child Psychology and Psychiatry 2011, 499, 500; *Korte*, Frauenheilkunde up2date 2016, 163, 168.
- 8) Eine Auswahl der Persistenzraten verschiedener Follow-up-Studien: 12% bei *Singh, Bradley, Zucker*, Frontiers in Psychiatry 2021, 1, 8; 12% bei *Drummond et al.*, Developmental Psychology 2008, 34, 42; 27% bei *Wallien, Cohen-Kettenis*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2008, 1413, 1416; 37% bei *Steenma et al.*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2013, 582, 583.
- 9) *Korte*, Frauenheilkunde up2date 2016, 163, 168.
- 10) *Green et al.*, British Journal of Psychiatry 1987, 84, 88f.; *Drummond et al.*, Developmental Psychology 2008, 34, 42f.; *Singh et al.*, Frontiers in Psychiatry 2021, 1, 12.
- 11) *Steenman et al.*, Clinical Child Psychology and Psychiatry 2011, 499, 512.

die Pubertät zu sein, welche sowohl körperlicher als auch psychosexueller Natur sind<sup>12</sup>.

Neben dieser altersabhängigen Unterscheidung, wird kontrovers diskutiert, ob sich eine weitere Erscheinungsform abzeichnet<sup>13</sup>. In den letzten Jahren hat sich die Epidemiologie der GD deutlich gewandelt. Zwar sind Prävalenzangaben mit Vorsicht zu genießen, weil sie sowohl geographisch als auch zeitlich in Abhängigkeit der jeweils geltenden kulturellen Normen und verschiedenen medizinischen Diagnosekriterien voneinander abweichen können<sup>14</sup>, jedoch ist trotzdem ein Anstieg an Personen festzustellen, die bei entsprechenden Spezialkliniken und Sprechstunden vorstellig werden<sup>15</sup>. In einzelnen Zentren betrug die Zunahme an registrierten Minderjährigen sogar bis zu 3.400% innerhalb von sieben Jahren<sup>16</sup>. Dafür werden verschiedene Erklärungen angebracht, wie die Zunahme des öffentlichen Bewusstseins für das Phänomen der GD durch gesteigerte mediale Präsenz, der Abbau von Diskriminierungen gegenüber Transpersonen, ihre gleichermaßen gestärkten Rechtspositionen, der medizinische Fortschritt im Bereich von Verständnis und Versorgung von Patienten mit GD sowie das Internet als Informations- und Unterstützungs- aber auch Einflussquelle<sup>17</sup>.

Allerdings ist auch ein Wechsel des Geschlechterverhältnisses der behandlingssuchenden Minderjährigen zu verzeichnen<sup>18</sup>. In den letzten Jahren mehrten sich die Fälle postpubertärer biologischer Mädchen, deren GD sich erst plötzlich manifestiert hatte<sup>19</sup>. Frühere Daten zeigen, dass sich vorher mehr biologische Jungen als Mädchen wegen GD in Behandlung begaben<sup>20</sup>. Auch wenn die zunehmende Sichtbarkeit sowie die gesellschaftliche Akzeptanz von Transpersonen sicherlich gewichtige Einflussfaktoren darstellen, ist es fraglich, ob sie allein auch diesen Wechsel des Geschlechterverhältnisses begründen können. *Littmann* beschrieb diesen Wechsel 2018 explizit als möglicherweise neue Erscheinungsform, der „rapid onset gender dysphoria“, und entwickelte u. a. die weiterhin untersuchungsbedürftigen Hypothesen, dass soziale Einflüsse einen Beitrag zur Entwicklung von GD leisten und bei manchen Jugendlichen dieser Entwicklung auch maladaptive Bewältigungsmechanismen zu Grunde liegen könnten<sup>21</sup>.

Ob es sich dabei tatsächlich um eine eigene klinische Erscheinungsform oder nur einen Teil der „adolescent-onset“ GD handelt, lässt sich aktuell noch nicht feststellen. Möglicherweise schließt sich beides aber auch nicht aus<sup>22</sup>. Festzuhalten ist jedoch, dass es bedeutende Veränderungen der Patientenkohorte gibt, welche nicht nur von denen beschrieben werden, die in ihr ein eigenes Phänomen sehen<sup>23</sup>, und die zur Vorsicht mahnen, wenn es um die beste Behandlung für den konkreten Patienten im Einzelfall geht.

## 2. Verschiedene Behandlungsansätze

Ab Pubertätsbeginn kann sich die Frage nach medizinischer Intervention stellen. Dabei entsteht durch die fortschreitende Heranreifung des Körpers Zeitdruck, weil die weitere Ausprägung der Geschlechtsmerkmale den körperdysphorischen Leidensdruck erhöhen, was sich auf das psychische Wohlbefinden und teilweise auch auf die soziale Teilhabe der Jugendlichen auswirkt<sup>24</sup>. Diesen Veränderungen kann mit der Gabe von GnRH-Analoga, sogenannten Pubertätsblockern, begegnet werden. Diese verhindern die Ausschüttung der Hormone, die zur Entwicklung der Keimdrüsen benötigt werden und blockieren diese damit<sup>25</sup>. Da sich die Persistenz häufig mit Beginn der Pubertät abzeichnet und erste Pubertäterfahrungen somit diagnostisch hilfreich sind, sollte mit ihrer Verabreichung frühestens ab Tanner-Stadium 2 begonnen werden<sup>26</sup>. Dieses beginnt im Mittel zwischen 10 und 11 Jahren, kann jedoch auch bereits mit 8 Jahren einsetzen<sup>27</sup>.

Während Befürworter in ihnen eine vollkommen reversible Möglichkeit sehen, Zeit zur weiteren Identitätsexploration zu gewinnen und den psychischen Leidensdruck der Jugendlichen zu senken<sup>28</sup>, zweifeln Kritiker sowohl an der vollständigen Reversibilität der Behandlung als auch an ihrer Neutralität hinsichtlich einer möglichen iatrogenen Verfestigung der GD<sup>29</sup>. Sowohl Studien als auch Erfahrungen aus der Praxis zeigten, dass annähernd 100% der Jugendlichen, die mit Pubertätsblockern behandelt wurden, anschließend eine gegengeschlechtliche Hormonbehandlung begannen<sup>30</sup>. Aufgrund fehlender randomisierter Kontrollstudien können jedoch noch keine feststehenden Schlüsse daraus gezogen werden<sup>31</sup>. Dies könnte für die Auswahlpraxis der Mediziner sprechen, die nur die Patienten, die die Kriterien am sichersten erfüllten für eine Behandlung auswählten, gerade wenn es sich um Studien wie die „Early Intervention Study“ des GIDS<sup>32</sup> handelte. Allerdings betraf dieses Ergebnis auch Patienten, die die Kriterien der Studie nicht erfüllt haben<sup>33</sup>. Mithin ist nicht

- 12) Korte, *Frauenheilkunde* up2date 2016, 163, 169; *Steensman et al.*, *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2011, 499, 512f.
- 13) Eine Auswahl verschiedener Artikel: *Lenzen-Schulte*, *Deutsches Ärzteblatt* 2022; *Skordis et al.*, *Hormones* 2020, 267, 268; *Littmann*, *PLOS ONE* 2018, 1, 2; *Wadmann*, *Science* 2018, 958, 958f.; *Hutchinson*, *Midgen*, *Spiliadis*, *Archives of Sexual Behavior* 2020, 79, 79f.; *Bauer*, *Lawson*, *Metzger*, *The Journal of Pediatrics* 2022, 224, 224ff.; *Zucker*, *Archives of Sexual Behavior* 2019, 1983, 1986f.
- 14) *Skordis et al.*, *Hormones* 2020, 267, 268; *Zucker*, *Sexual Health* 2017, A, B.
- 15) *Skordis et al.*, *Hormones* 2020, 267, 268; *Zucker*, *Archives of Sexual Behavior* 2019, 1983; *Butler et al.*, *Archives of Disease in Childhood* 2018, 1, 1.
- 16) *de Graaf et al.*, *Archives of Sexual Behavior* 2018, 1301, 1302f.
- 17) *Fielding*, *Bass*, *BJPsych Bulletin* 2018, 1, 3ff.; *Aitken et al.*, *The Journal of Sexual Medicine* 2015, 756, 760ff.; *de Graaf et al.*, *Archives of Sexual Behavior* 2018, 1301, 1303.
- 18) *Skordis et al.*, *Hormones* 2020, 267, 268; *Littmann*, *PLOS ONE* 2018, 1, 4; *de Graaf et al.*, *Archives of Sexual Behavior* 2018, 1301, 1302f.; *Aitken et al.*, *The Journal of Sexual Medicine* 2015, 756, 761f.; *Zucker*, *Archives of Sexual Behavior* 2019, 1983, 1983f.
- 19) *Skordis et al.*, *Hormones* 2020, 267, 268; *Littmann*, *PLOS ONE* 2018, 1, 3f.; *Kaltiala-Heino et al.*, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2015, 1, 4, 6f.
- 20) *Aitken et al.*, *The Journal of Sexual Medicine* 2015, 756, 760.
- 21) *Littmann*, *PLOS ONE* 2018, 1, 1ff., 33ff.
- 22) *Littmann*, *PLOS ONE* 2019, 1, 2.
- 23) *de Graaf et al.*, *Archives of Sexual Behavior* 2018, 1301, 1302f.; *Kaltiala-Heino et al.*, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2015, 1, 6.
- 24) *Romer*, *Lempp*, *Nervenheilkunde* 2022, 309, 312.
- 25) *Lenzen-Schulte*, *DÄBl.* 2022, A 2138.
- 26) *Cohen-Kettenis*, *Steensma*, *de Vries*, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2011, 689, 695; *Claahsen – van der Grinten et al.*, *European Journal of Pediatrics* 2021, 1349, 1352.
- 27) *Saner*, *Flück*, *Die Gynäkologie* 2022.
- 28) *Romer*, *Lempp*, *Nervenheilkunde* 2022, 309, 313; *Claahsen – van der Grinten et al.*, *European Journal of Pediatrics* 2021, 1349, 1352; *Cohen-Kettenis et al.*, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2011, 689, 695; *Ashley*, *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2019, 223, 229.
- 29) *Korte*, *Frauenheilkunde* up2date 2016, 163, 173; *Korte*, *Beier*, *Bosinski*, *Sexuologie* 2016, 117, 129; *Pilgrim*, *Entwistle*, *The New Bioethics*, *A Multidisciplinary Journal of Biotechnology and the Body* 2020, 1, 4; *Cass*, *Independent review of gender identity services for children and young people*, 2024, S. 178.
- 30) *de Vries et al.*, *Journal of Sexual Medicine* 2011, 2276, 2281; *Ludvigsson et al.*, *Acta Paediatrica* 2023, 2279, 2290; *Barnes*, *Time to think*, 2023, S. 118f.; *Carmichael et al.*, *PLOS ONE* 2021, 1, 12; *Taylor et al.*, *Archives of Disease in Childhood* 2024 (a), 1, 5.
- 31) *Pilgrim*, *Entwistle*, *The New Bioethics*, *A Multidisciplinary Journal of Biotechnology and the Body* 2020, 1, 4.
- 32) *Gender Identity Development Services des National Health Service England*. Seit 2024 geschlossen. S. dazu: *Barnes*, *The Guardian* 2024.
- 33) *Barnes*, *Time to think*, 2023, S. 119.

auszuschließen, dass die Blocker möglicherweise selbst zu einer iatrogenen Verstärkung und Verfestigung der GD führen, was den Entwicklungsspielraum der Jugendlichen erheblich einschränken würde.

Daneben haben die Blocker weitere, teilweise noch nicht genug erforschte gesundheitliche Risiken. Sie können sich negativ auf die Knochendichte, Fruchtbarkeit, Genitalentwicklung und vielleicht auch auf die sexuelle Erlebnisfähigkeit auswirken<sup>34</sup>. Als wichtige Phase in puncto Gehirnentwicklung könnte eine so einschneidende Intervention in die normalen, körperlichen Abläufe auch darauf Einfluss nehmen<sup>35</sup>. Studien dazu gibt es bis jetzt jedoch nur an Tieren, wo sich Veränderungen der kognitiven Funktionen zeigten<sup>36</sup>.

Diesen Risiken stehen die zwar noch begrenzten, aber zum großen Teil positiven Ergebnisse niederländischer Studien gegenüber, welche Verbesserungen der mentalen Gesundheit als auch der Lebensqualität durch die Pubertätsunterdrückung zeigten<sup>37</sup>. Jedoch konnten diese positiven Ergebnisse nicht von anderen Medizinerinnen repliziert werden und sehen sich selbst einiger methodischer Kritik ausgesetzt<sup>38</sup>. So zeigte die „Early Intervention Study“, dass lediglich bei den qualitativen Befragungen der Jugendlichen überwiegend positive Veränderungen geäußert wurden, während bei quantitativen Untersuchungen allerdings keine Verbesserung der Lebensqualität, der psychologischen Funktion und der Geschlechtsdysphorie selbst zu verzeichnen waren<sup>39</sup>. Fehlende Kontrollgruppen erschweren jedoch auch hier die Interpretation der Ergebnisse.

Aufgrund der großen Unsicherheiten bezüglich der Langzeitfolgen, aber auch des zu erwartenden Leidensdrucks bei einer persistierenden GD kann weder die Gabe von Pubertätsblockern noch die Vorenthaltung dieser als neutraler Akt gewertet werden.

Insgesamt zeigt sich eine Tendenz zu zwei unterschiedlichen Behandlungsansätzen. Eine diametrale Gegenüberstellung ganz ohne Überlappungen stellte zwar eine wenig umsichtige und den komplexen Realitätssachverhalten nicht angemessene Vereinfachung dar, jedoch müssen einige grundsätzliche Unterschiede beachtet werden. Der Ansatz der „gender affirmative care“, begründet durch das wegweisende Vorgehen niederländischer Mediziner („Dutch-Protocol“)<sup>40</sup>, fokussiert sich spätestens ab der Pubertät darauf, nach einer gründlichen Beurteilung die geäußerte Geschlechtsidentität des Minderjährigen durch medizinische Transitionsmaßnahmen zu unterstützen, wobei der frühe Einsatz von Pubertätsblockern zum vermeintlichen Zeitgewinn genutzt wird. Diesem steht der Ansatz des „watchful waiting“ entgegen<sup>41</sup>, welcher sein Augenmerk mehr auf die Exploration der Geschlechtsidentität und möglicher zugrundeliegender Konflikte richtet, wobei häufig ein vorsichtiges Vorgehen bezüglich nicht vollständig reversibler medizinischer Interventionen und jeglicher Weichenstellung verfolgt wird.

### 3. Aktuelle Leitlinienempfehlungen

Während internationale Leitlinien, wie die „Standards of Care“ der WPATH<sup>42</sup> in der aktuellen 8. Version, die Wirkung der Pubertätsblocker als vollkommen reversibel und aufgrund ihrer Bezugnahme auf die Diagnosekriterien des ICD-11 den Einsatz sogar ohne einen pathologischen Leidensdruck als möglich betrachten<sup>43</sup>, kommen demgegenüber in vielen Ländern Zweifel an dieser Vorgehensweise auf, die sich auch in den entsprechenden nationalen Leitlinien widerspiegeln.

In Finnland hat der COHERE Finland<sup>44</sup> bereits 2020 eine Empfehlung herausgegeben, die die vorrangige Rolle der psychosozialen Unterstützung in Form von psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung bei der GD von Minderjährigen betont<sup>45</sup>. Die Gabe von Pubertätsblockern ist dabei stark limitiert. Nur bei einer seit der Kind-

heit vorliegenden, persistierenden GD, deren Leidensdruck durch das Einsetzen der Pubertät verstärkt wird, kann nach einem sorgsamem Begutachtungs- und Diagnoseprozess eine Einzelfallentscheidung für die Anwendung der Blocker getroffen werden<sup>46</sup>.

Auch Großbritannien vollzog in den letzten Jahren einen Kurswechsel. Während pubertätsunterdrückende Medikamente bis vor einigen Jahren noch für alle Kinder ab Tanner-Stadium 2 grundsätzlich verschreibbar waren<sup>47</sup>, hat die 2023 veröffentlichte „Interim Service Specification“ das Augenmerk der Behandlung von Minderjährigen mit GD nun auf psychosoziale Unterstützung und Psychoedukation gelegt<sup>48</sup>. Gestützt wird diese Kurswende vom aktuellen, für den NHS verfassten, Bericht der Pädikerin *Hilary Cass*, welcher auf die unzureichende Evidenz für den positiven Nutzen von Pubertätsblockern abstellt und empfiehlt diese nur noch im Rahmen klinischer Studien anzuwenden<sup>49</sup>.

2021 hat auch das schwedische Karolinska Krankenhaus eine Grundsatzklärung herausgegeben, die eine Abkehr vom „Dutch Protocol“ verlautbaren lässt. Die Verschreibung von Pubertätsblockern und gegengeschlechtlichen Hormonen an Jugendliche unter 18 ist demnach nur noch im Rahmen von klinischen Studien möglich, die vom ethischen Prüfungsausschuss Schwedens genehmigt wurden<sup>50</sup>.

34) *Vanderschueren et al.*, *Endocrine Reviews* 2004, 389, 413f.; *Laidlaw, Cretella, Donovan*, *American Journal of Bioethics* 2019, 75, 75ff.; *Korte*, *Frauenheilkunde* up2date 2016, 163, 173.

35) *Giedd et al.*, *Biology of Sex Differences* 2012, 1, 1ff.; *Meyer-Bahlburg*, *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 2013, 435, 445f.

36) *Hough et al.*, *Psychoneuroendocrinology* 2017, 1, 1ff.

37) *de Vries et al.*, *Journal of Sexual Medicine* 2011, 2276, 2280f.; *de Vries et al.*, *Pediatrics* 2014, 696, 699ff.; *van der Miesen et al.*, *Journal of Adolescent Health* 2020, 1, 3ff.

38) *Abbruzzese, Levine, Mason*, *Journal of Sex & Marital Therapy* 2023, 673, 676ff.; *Barnes*, *Time to think*, 2023, S. 117, 123.

39) *Carmichael et al.*, *PLOS ONE* 2021, 1, 12ff.

40) *Delemarre-van de Waal, Cohen-Kettenis*, *European Journal of Endocrinology* 2006, 131, 131ff.; *de Vries, Cohen-Kettenis*, *Journal of Homosexuality* 2012, 301, 301ff.

41) Vgl. *Korte, Beier, Bosinski*, *Sexuologie* 2016, 117, 126ff.; *Cantor*, *Journal of Sex & Marital Therapy* 2019, 1, 1ff.

42) World Professional Association for Transgender Health.

43) *Coleman et al.*, *International Journal of Transgender Health* 2022, 1, 64, 59.

44) Council for Choices in Health Care in Finland.

45) *Palveluvalikoima*, Medical treatment methods for dysphoria associated with variations in gender identity in minors – recommendation, S. 1. (abrufbar im Internet: [https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary\\_minors\\_en.pdf/aaf9a6e7-b970-9de9-165c-abadfae46f2e/Summary\\_minors\\_en.pdf](https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary_minors_en.pdf/aaf9a6e7-b970-9de9-165c-abadfae46f2e/Summary_minors_en.pdf), Stand: 22. 10. 2024).

46) *Palveluvalikoima*, Medical treatment methods for dysphoria associated with variations in gender identity in minors – recommendation, S. 2. (abrufbar im Internet: [https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary\\_minors\\_en.pdf/aaf9a6e7-b970-9de9-165c-abadfae46f2e/Summary\\_minors\\_en.pdf](https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary_minors_en.pdf/aaf9a6e7-b970-9de9-165c-abadfae46f2e/Summary_minors_en.pdf), Stand: 22. 10. 2024).

47) Vgl. *Barnes*, *Time to think*, 2023, S. 92.

48) NHS England, Interim service specification: Interim specialist service for children and young people with gender incongruence. (abrufbar im Internet: <https://www.england.nhs.uk/publication/interim-service-specification-for-specialist-gender-incongruence-services-for-children-and-young-people/>, Stand: 22. 10. 2024).

49) *Cass*, Independent Review of gender identity services for children and young people, 2024, S. 32f., 179. (abrufbar im Internet: <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>, Stand: 22. 10. 2024).

50) *Gauffin, Norgren, Säwendahl*, Guideline Regarding Hormonal Treatment of Minors with Gender Dysphoria at Tema Barn – Astrid Lindgren Children’s Hospital (ALB). (abrufbar im Internet: <https://segm.org/sites/default/files/Karolinska%20Guideline%20K2021-4144%20April%202021%20%28English%2C%20unofficial%20translation%29.pdf>, Stand: 22. 10. 2024).

Ein Jahr später zog das NBHW<sup>51</sup> nach und erneuerte die entsprechende Gesundheitsversorgungsleitlinie. Von der früheren Empfehlung Minderjährige auch mit Hormontherapien zu behandeln, machten sie eine Kehrtwende zu einem vorsichtigeren Ansatz, der nicht-invasive Interventionen bevorzugt. Der Fokus soll nun auf einer ergebnisoffenen Erforschung der Geschlechtsidentität des Minderjährigen liegen, für die psychologische und wenn nötig auch psychiatrische Unterstützung angeboten werden<sup>52</sup>. Im Regelfall sollen hormonelle Behandlungen Minderjähriger primär im Forschungssetting stattfinden<sup>53</sup>. Für die Ausnahmen außerhalb der Forschung sollen die Eignungskriterien für Hormontherapien restriktiver werden. Wie in der Kohorte des ursprünglichen „Dutch Protocol“ ist dafür u. a. ein Einsetzen der GD im Kindesalter vorauszusetzen<sup>54</sup>. Nur in Ausnahmefällen soll die Gabe von Pubertätsblockern auch bei einem postpubertären Einsetzen der GD möglich sein<sup>55</sup>. Außerdem muss dafür mindestens Tanner-Stadium 3 erreicht worden sein<sup>56</sup>. Voraussetzung ist ferner eine DSM-5 Diagnose der GD und insofern das Vorhandensein von Leidensdruck<sup>57</sup>. Eine Geschlechtsinkongruenz ohne daraus entstehenden Leidensdruck oder anderweitigen Funktionsbeeinträchtigungen reicht dagegen nicht aus.

Dagegen sieht der Ende März 2024 vorgestellte S2k-Leitlinienentwurf<sup>58</sup>, der für den gesamten deutschsprachigen Raum gelten wird, für die Behandlung mit Pubertätsblockern weniger strenge Indikations- und Zugangskriterien vor und folgt somit nicht dem Trend eines vorsichtigeren Umgangs mit frühzeitigen medizinischen Interventionen<sup>59</sup>. Insgesamt orientiert man sich weiterhin an den Empfehlungen der WPATH. Allerdings muss auch hier zusätzlich ein geschlechtsdysphorischer Leidensdruck festgestellt werden<sup>60</sup>. Diesbezüglich weicht die neue Leitlinie von der SOC-8 ab. Von der Festlegung starrer Altersgrenzen wurde abgesehen<sup>61</sup>. Der Eintritt der Pubertät muss jedoch grundsätzlich abgewartet werden, weil keine präventive Pubertätsblockade stattfinden soll<sup>62</sup>. Die Leitlinie betrachtet die Pubertätsblockade zwar als reversibel, räumt aber ein, dass es auch bei einem Abbruch der Behandlung möglicherweise zu Beeinträchtigungen der psychosexuellen Entwicklung, der körperlichen Endgröße oder der Fertilität kommen kann<sup>63</sup>.

Die ursprünglich als Qualitätsstufe S3 geplante Leitlinie konnte die entsprechenden Anforderungen von mindestens 50 % evidenzbasierten Empfehlungen nicht erfüllen, weil die Evidenzlage zum Einsatz der Pubertätsblocker weiterhin schwach ist<sup>64</sup>. Kritik kommt dabei auch von Medizinerinnen wie *Florian Zepf*, der selbst an der Leitlinie mitgearbeitet, die Kommission jedoch später freiwillig verlassen hat<sup>65</sup>. Während die Autoren der Leitlinie sich auf einen vermeintlich eindeutigen Konsens in der Fachwelt beziehen, widerspricht *Zepf* dem und räumt ein, wie kontrovers das Thema auch unter Medizinerinnen ist<sup>66</sup>.

#### 4. Zwischenfazit

Während der deutschsprachige Raum dem „gender-affirmative“ Ansatz weiter treu bleibt, kommt in anderen Ländern vermehrt Skepsis und Vorsicht auf. Immer wieder wird dabei auf die zu dünne Evidenzlage verwiesen, wobei nicht nur Anzahl, sondern auch Qualität der vorliegenden Studien kritisiert wird<sup>67</sup>. Auch das vermehrte Aufkommen von Berichten über Detransitionen<sup>68</sup>, welche die soziale und medizinische Aufgabe bzw. Umkehr des Transitionsprozesses zurück zum Geburtsgeschlecht darstellen<sup>69</sup>, hatte Einfluss auf die in Teilen zurückhaltendere Praxis<sup>70</sup>. Die in den letzten Jahren als Goldstandard geltende Behandlung mit Pubertätsblockern wird hinsichtlich ihres Nutzens und ihrer Risiken immer mehr in Frage gestellt und es offenbart sich, dass sich die medizinische Fachwelt nicht so einig ist, wie teilweise suggeriert wird.

### III. Rechtliche Einordnung

Für eine rechtliche Einordnung dieser Kontroverse, die geprägt ist von dem Wunsch auf einen selbstbestimmten Zugang zu medizinischer Versorgung seitens der Patienten und den gesundheitlichen Bedenken, die sich aus der unsicheren Evidenzlage ergeben, muss betrachtet werden, wie

- 51) Swedish National Board of Health and Welfare.
- 52) SEGM, Summary of Key Recommendations from the Swedish National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen/NBHW) (abrufbar im Internet: <https://segm.org/segm-summary-sweden-prioritizes-therapy-curbs-hormones-for-gender-dysphoric-youth>, Stand: 22.10.2024); *Socialstyrelsen*, Care of children and adolescents with gender dysphoria, Summary of national guidelines December 2022, S. 5. (abrufbar im Internet: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-1-8330.pdf>, Stand: 22.10.2024).
- 53) *Socialstyrelsen*, Vård av barn och ungdomar med könsdysfori, S. 40. (abrufbar im Internet: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8302.pdf>, Stand: 22.10.2024).
- 54) *Socialstyrelsen*, *The National Board of Health and Welfare*, Care of children and adolescents with gender dysphoria, Summary of national guidelines December 2022, S. 4.
- 55) SEGM, Summary of Key Recommendations from the Swedish National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen/NBHW).
- 56) *Socialstyrelsen*, *The National Board of Health and Welfare*, Care of children and adolescents with gender dysphoria, Summary of national guidelines December 2022, S. 4.
- 57) *Socialstyrelsen*, *The National Board of Health and Welfare*, Care of children and adolescents with gender dysphoria, Summary of national guidelines December 2022, S. 4.
- 58) Zum Zeitpunkt der Fertigstellung des vorliegenden Aufsatzes war die neue Leitlinie bereits vorgestellt, jedoch noch nicht veröffentlicht.
- 59) Ärzteschaft, DÄBl. 2024, abrufbar im Internet: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/150071/Neue-S2k-Leitlinie-zu-Geschlechtsinkongruenz-und-dysphorie-im-Kindes-und-Jugendalter-vorgestellt>, Stand: 22.10.2024).
- 60) Ärzteschaft, DÄBl. 2024, abrufbar im Internet: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/150071/Neue-S2k-Leitlinie-zu-Geschlechtsinkongruenz-und-dysphorie-im-Kindes-und-Jugendalter-vorgestellt>, Stand: 22.10.2024).
- 61) Ärzteschaft, DÄBl. 2024, abrufbar im Internet: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/150071/Neue-S2k-Leitlinie-zu-Geschlechtsinkongruenz-und-dysphorie-im-Kindes-und-Jugendalter-vorgestellt>, Stand: 22.10.2024).
- 62) Ärzteschaft, DÄBl. 2024, abrufbar im Internet: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/150071/Neue-S2k-Leitlinie-zu-Geschlechtsinkongruenz-und-dysphorie-im-Kindes-und-Jugendalter-vorgestellt>, Stand: 22.10.2024).
- 63) Ärzteschaft, DÄBl. 2024, abrufbar im Internet: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/150071/Neue-S2k-Leitlinie-zu-Geschlechtsinkongruenz-und-dysphorie-im-Kindes-und-Jugendalter-vorgestellt>, Stand: 22.10.2024).
- 64) Ärzteschaft, DÄBl. 2024, abrufbar im Internet: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/150071/Neue-S2k-Leitlinie-zu-Geschlechtsinkongruenz-und-dysphorie-im-Kindes-und-Jugendalter-vorgestellt>, Stand: 22.10.2024).
- 65) *Blage*, NZZ 2024, abrufbar im Internet: <https://www.nzz.ch/wissenschaft/pubertaetsblocker-pionierlaender-rudern-zurueck-die-deutschsprachigen-laender-schraenken-die-nutzung-nicht-ein-ld.1823216>, Stand: 22.10.2024.
- 66) *Blage*, NZZ 2024, abrufbar im Internet: <https://www.nzz.ch/wissenschaft/pubertaetsblocker-pionierlaender-rudern-zurueck-die-deutschsprachigen-laender-schraenken-die-nutzung-nicht-ein-ld.1823216>, Stand: 22.10.2024; vgl. *Böhme*, Keine Diskussion, in: F. A. Z., 9.10.2024, S. 4.
- 67) *Taylor et al.*, Archives of Disease in Childhood 2024 (b), 1, 12f.; *Abbruzzese et al.*, Journal of Sex & Marital Therapy 2023, 673, 676 ff.
- 68) *Littmann et al.*, Archives of Sexual Behavior 2024, 57, 57.
- 69) *Iruig*, Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2022, 1.
- 70) *Socialstyrelsen*, Care of children and adolescents with gender dysphoria, Summary of national guidelines December 2022, S. 4.

die relevanten Rechtsgüter im Medizinrecht zur Geltung kommen.

Während das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Art. 1 Abs. 1 GG i. V. mit Art. 2 Abs. 1 GG die engere, persönliche Lebenssphäre schützt, wozu nach ständiger Rechtsprechung des BVerfG auch die Findung und Anerkennung der eigenen geschlechtlichen Identität als elementarer Teil der Persönlichkeitsentwicklung gehört<sup>71</sup>, statuiert Art. 6 Abs. 2 GG das Kindeswohl als Grenze des fremdnützigen Pflege- und Erziehungsrechts der Eltern<sup>72</sup>. Die Auslegung des Begriffs des Kindeswohls muss anhand des konkreten Lebenssachverhaltes und dem jeweiligen Kind unter Berücksichtigung seiner altersbedingten Reife und Einsichtsfähigkeit sowie seiner individuellen Bedürfnisse und Präferenzen vorgenommen werden<sup>73</sup>. Dabei ist die alters- und reifebedingte wachsende Fähigkeit des Kindes zur Selbstbestimmung anzuerkennen und in Form der Beachtung des Kindeswillens bei zu treffenden Entscheidungen einzubeziehen<sup>74</sup>. Trotzdem bleibt es bei dem Grundsatz, dass durch das elterliche Erziehungsrecht Kinder vor unreflektiertem Handeln zu schützen sind<sup>75</sup>. Bezogen auf die geschlechtliche Identität des Kindes bedeutet das, dass Findung und Anerkennung der eigenen Identität Teil des Kindeswohls sind und durch die elterliche Erziehung ermöglicht werden müssen. Gleichzeitig kann die vorschnelle Vornahme medizinischer Angleichungsmaßnahmen aufgrund ihrer partiellen Irreversibilität und ihrem möglicherweise iatrogenen Einfluss auf die weitere psychosoziale Identitätsentwicklung ein solches unreflektiertes Handeln darstellen, vor dem das elterliche Erziehungsrecht das Kind schützen soll bis es in der Lage ist eigenverantwortliche, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Die Vornahme medizinischer Eingriffe kann je nach den konkreten Umständen gleichermaßen wie die Vorenthaltung eine Gefährdung des Kindeswohls darstellen.

Mangels spezialgesetzlicher Vorschriften unterliegen geschlechtsangleichende Eingriffe den allgemeinen Regeln ärztlicher Behandlungen. Das Spannungsverhältnis zwischen dem vom Patienten geforderten und dem medizinisch sinnvollen Vorgehen, soll anhand spezifischer Probleme der Indikation und der Einwilligung beleuchtet werden.

### 1. Indikation

Der medizinische Begriff der Indikation beschreibt, ob eine bestimmte Therapie zur Behandlung einer konkreten Krankheit angezeigt ist<sup>76</sup>. Sie bildet den Anlass für eine medizinische Intervention und stellt eine Risiko-Nutzen-Abwägung dar, indem sie danach fragt, ob die konkrete Behandlung für den individuellen Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild erforderlich ist<sup>77</sup>. Mithin erfordert sie das Vorliegen einer Krankheit.

Ob eine für die Indikationsstellung notwendige Diagnose, im Sinne der Erkennung und Benennung einer Krankheit<sup>78</sup>, gestellt werden kann, ist bei der transgeschlechtlichen Identifizierung durch die weiter voranschreitende Entpathologisierung nicht mehr einheitlich zu beantworten. Stellt man auf den neuen Diagnoseschlüssel H60 des ICD-11 ab, wird die Geschlechtsinkongruenz selbst nicht mehr als krankhafter Zustand gesehen<sup>79</sup>. Dies entspricht auch der Klassifizierung des DSM-5 302.85, wonach der dysphorische Leidensdruck und nicht die Identität selbst im Vordergrund der Diagnose steht<sup>80</sup>. Dem zu Grunde liegt ein subjektiver Krankheitsbegriff, der auf eine klinisch relevante Beeinträchtigung des Wohlbefindens des Patienten abstellt<sup>81</sup>. Durch das Fehlen des Erfordernisses eines manifesten Leidensdrucks geht dem ICD-11 jedoch auch dieser Anknüpfungspunkt für die Indikationsstellung verloren. Wenn man davon ausgeht, dass Geschlechtsinkongruenz zwar häufig mit Leidensdruck einhergeht, aber dies nicht zwangsläufig der Fall sein muss<sup>82</sup>, ergeben sich zwei unter-

schiedliche Gruppen von transgeschlechtlichen Minderjährigen, die eine medizinische Behandlung in Anspruch nehmen wollen können. Für die Gruppe mit dysphorischem Leidensdruck ergibt sich die Indikation aus diesem. Dabei kommt es nicht darauf an, ob das Abweichen der gefühlten Identität vom biologischen Körper selbst oder ablehnende Reaktionen des persönlichen Umfelds vorrangig für den Leidensdruck verantwortlich sind. Für die Gruppe ohne Leidensdruck ließe sich keine krankheitsorientierte Indikation stellen, womit angleichende Interventionen als indikationslose Eingriffe zu betrachten wären.

Um die Hürden für die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung nicht anzuheben, aber gleichzeitig an der Entpathologisierung festzuhalten, spricht sich *Diesselhorst* für die Modifikation der Indikationsvoraussetzung, weg vom Krankheitserfordernis und hin zu einer Selbstidentifikation, aus<sup>83</sup>. Man solle nicht warten müssen bis ein Leidensdruck entsteht und somit den Betroffenen Leid ersparen<sup>84</sup>. Dagegen spricht jedoch bereits, dass es fraglich ist, ob ein Leidensdruck auch in dieser Gruppe wirklich eintreten wird und ob der medizinische Weg der indizierten Behandlung der einzige und vor allem angemessenste Weg ist, dieser Entstehung entgegen zu wirken. Es ist nicht abschließend geklärt, inwieweit der Leidensdruck intrinsisch durch die Inkongruenz selbst oder durch die Ablehnung bzw. das Unverständnis des sozialen Umfelds entsteht. *Diesselhorst* geht selbst von einem primär von außen erzeugten Leidensdruck aus<sup>85</sup>. Wenn nun aber ein sozial bedingter, antizipierter Leidensdruck abgewehrt werden soll, ist die Medizin nicht das erste Mittel der Wahl. Vielmehr liegt es dann daran, ein offenes und tolerantes Umfeld zu ermöglichen. Somit stellt sich die Unterscheidung nach dem Vorhandensein eines klinisch relevanten Leidensdrucks bei der Indikationsstellung als sachgerecht dar.

Ferner ist das Vorliegen einer guten Prognose zum Erreichen des Behandlungsziels, sowie eine günstige Risiko-Nutzen-Abwägung im Falle der frühzeitigen Pubertätssuppression fraglich. Das Behandlungsziel wird dabei individuell zwischen Arzt und Patient abgestimmt, liegt bei der Vornahme geschlechtsangleichender Maßnahmen jedoch regelmäßig darin, das Gefühl der Inkongruenz

71) BVerfGE 121, 175, 191; vgl. auch BVerfGE 128, 109, 124.

72) *Brosius-Gersdor*, in: *Dreier*, Bd. 1, 4. Aufl. 2023, Art. 6 GG, Rdnr. 358; *Jarass*, in: *Jarass/Pieroth*, 18. Aufl. 2024, Art. 6 GG, Rdnr. 56.

73) *Brosius-Gersdor*, in: *Dreier*, Bd. 1, 4. Aufl. 2023, Art. 6 GG, Rdnr. 358.

74) *Brosius-Gersdor*, in: *Dreier*, Bd. 1, 4. Aufl. 2023, Art. 6 GG, Rdnr. 360; *Wapler*, *Kinderrechte und Kindeswohl*, 2015, S. 101 f.

75) *Wapler*, *Kinderrechte und Kindeswohl*, 2015, S. 100.

76) Vgl. Duden, Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke, 6. Aufl. 1998, Stichwort: „Indikation“, S. 373; *Lipp*, *MedR* 2015, 762, 763.

77) *Richter*, *Indikation und nicht-indizierte Eingriffe als Gegenstand des Medizinrechts*, 2018, S. 94; *Bauer*, *Indikationserfordernis und ärztliche Therapiefreiheit*, 2010, S. 4; vgl. *Opderbecke*, *MedR* 1985, 23, 25.

78) Duden, Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke, 6. Aufl. 1998, Stichwort: „Diagnose“, S. 218; *Psyhrembel*, *Klinisches Wörterbuch*, Stichwort „Diagnose“, 256. Aufl. 1990, S. 350.

79) Vgl. *Pauli*, *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 3.

80) *Pauli*, *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 3.

81) *Diesselhorst*, *Rechtmäßigkeit ärztlicher Maßnahmen an transidenten und intersexuellen Minderjährigen*, 2023, S. 95.

82) *Romer, Lempp*, *Nervenheilkunde* 2022, 309.

83) *Diesselhorst*, *Rechtmäßigkeit ärztlicher Maßnahmen an transidenten und intersexuellen Minderjährigen*, 2023, S. 110 ff.

84) *Diesselhorst*, *Rechtmäßigkeit ärztlicher Maßnahmen an transidenten und intersexuellen Minderjährigen*, 2023, S. 97 f.

85) *Diesselhorst*, *Rechtmäßigkeit ärztlicher Maßnahmen an transidenten und intersexuellen Minderjährigen*, 2023, S. 95.

zwischen empfundenem und körperlichem Geschlecht zu reduzieren<sup>86</sup>. Wie bereits dargelegt, bestehen Sorgen hinsichtlich einer iatrogenen Verfestigung der GD durch die Gabe von Pubertätsblockern<sup>87</sup>. Das Durchlaufen der hormonellen Veränderungen trägt regelmäßig zum Prozess der Findung und Konsolidierung der eigenen Geschlechtsrolle und -identität bei<sup>88</sup>. Sollte die Möglichkeit, das Inkongruenzgefühl durch einen altersgemäßen Entwicklungsprozess zu überwinden, durch die Unterdrückung der Pubertät verhindert werden, ist es fraglich, ob sie damit ein probates Mittel zum Erreichen des Behandlungsziels darstellen. Zwar wird so eine optimale Grundlage für weitere, invasive Angleichungsmaßnahmen geschaffen<sup>89</sup>, jedoch darf die Aussicht auf eine später möglicherweise indizierte Behandlung die ergebnisoffene Entwicklung der Geschlechtsidentität nicht vorwegnehmen. Für die Bestimmung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit darf zwar auf das bestehende Wissen in Form von Leitlinien zurückgegriffen werden, jedoch besteht auch bei diesen kein allgemeiner Konsens zur Anwendung von Pubertätsblockern<sup>90</sup>.

Im Bereich der Risiko-Nutzen-Abwägung stehen die bereits aufgeführten Nebenwirkungen sowie die teilweise noch nicht ausreichend erforschten Langzeitrisiken dem häufig durch die voranschreitenden körperlichen Veränderungen verstärkten dysphorischen Leiden gegenüber. Dabei ist jedoch auch die uneindeutige Studienlage zum positiven Nutzen der Blocker zu beachten<sup>91</sup>. Auch kann nach dem aktuellen Erkenntnisstand nicht sicher davon ausgegangen werden, dass die Folgen der Pubertätsunterdrückung vollkommen reversibel sind. In Anbetracht der bestehenden Unsicherheiten kann nicht von einem regelmäßigen Überwiegen des positiven Nutzens ausgegangen werden. Im konkreten Einzelfall kann dies durchaus anders aussehen, jedoch zeigen sich insgesamt die hohen Anforderungen und die Vorsicht, die bei der Indikationsstellung vor Abschluss der Pubertät an den Tag zu legen sind. Das Vorliegen einer Indikation kann bei einem entsprechenden Vorgehen sich nicht als Regelfall, sondern nur als Ausnahme darstellen. Hingegen sollte vorrangig die Indikation unterstützender psychoedukativer und psychotherapeutischer Maßnahmen geprüft werden<sup>92</sup>.

## 2. Einwilligung

Nach ständiger Rechtsprechung stellt der ärztliche Heileingriff grundsätzlich eine tatbestandliche Körperverletzung dar, wodurch er einer wirksamen Einwilligung bedarf, um gerechtfertigt zu sein<sup>93</sup>. Vorliegend ist vor allem zwischen dem Fall, dass der Minderjährige selbst einwilligungsfähig ist und dem Fall, dass beim Fehlen der Einwilligungsfähigkeit eine stellvertretende Einwilligung durch den Sorgeberechtigten erfolgen muss, zu unterscheiden. In beiden Fällen kann die Einwilligungsmöglichkeit jedoch auch begrenzt werden.

### a) Feststellung der Einwilligungsfähigkeit

Die Einwilligungsfähigkeit richtet sich nicht nach der Geschäftsfähigkeit, sondern nach der natürlichen Willensfähigkeit, welche die Einsichts-, Steuerungs- und Urteilsfähigkeit umfasst<sup>94</sup>. Einwilligungsfähig ist demnach, wer „nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen vermag“<sup>95</sup>. Zwar gibt es keine festen Altersgrenzen für die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit, jedoch kommt dem Alter eine Indizwirkung zu: Je älter ein Minderjähriger ist, desto eher kann vom Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit ausgegangen werden<sup>96</sup>. Auch bereits erworbene Krankheitserfahrungen werden berücksichtigt<sup>97</sup>. Daneben stellen die intellektuellen, emotionalen und sozio-kulturellen Fähigkeiten des Minderjährigen wichtige Faktoren dar<sup>98</sup>. Er muss die

im Aufklärungsgespräch mitgeteilten Informationen angemessen erfassen, mögliche Nachfragen stellen und die gewonnenen Sachkenntnisse auf die persönlichen Lebensumstände und Wertvorstellungen übertragen können<sup>99</sup>. Dabei wirkt sich mittelbar auch die Schwere des Eingriffs aus. Je invasiver und komplexer ein Eingriff ist, desto schwieriger kann es sein, den Verlauf, mögliche Folgen und Risiken sowie zur Verfügung stehende Alternativen zu erfassen<sup>100</sup>. Ein weiteres eingriffsbezogenes Kriterium ist die Dringlichkeit des Eingriffs, welche im Bereich der geschlechtsangleichenden Maßnahmen aufgrund ihrer relativen Verschiebbarkeit regelmäßig nicht vorliegen wird, weswegen hier auf eine Erörterung möglicher Auswirkungen dieser verzichtet wird. Die Prüfung, ob der konkrete Patient einwilligungsfähig ist, obliegt grundsätzlich dem Behandler<sup>101</sup>.

Neben der Reife, die Auswirkungen und Risiken der geschlechtsangleichenden Behandlung selbst überblicken zu können, muss auch die sogenannte Geschlechtsidentitätsreife gegeben sein, wonach der Minderjährige „die Reife [besitzen muss], autonom und reflektiert erfassen zu können, welchem Geschlecht [er] nach [seiner] inneren Überzeugung angehört“<sup>102</sup>. Auch hierbei spielt die Intensität des Eingriffs, hinsichtlich dessen die Geschlechtsidentitätsreife vorliegen muss, eine Rolle. Bezüglich der Gabe von Pubertätsblockern gehen einige Autoren davon aus, dass aufgrund der vermeintlichen Reversibilität und des Zeitgewinns für die weitere Erkundung der eigenen Geschlechtsidentität, weniger strenge Anforderungen an die Sicherheit und Stabilität der inneren Überzeugung, transgeschlechtlich zu sein, zu stellen sind<sup>103</sup>. Allerdings gerät die Vermutung, der vollkommenen Reversibilität, wie bereits dargestellt, immer mehr ins Wanken. Die unsichere Evidenzlage lässt ferner keine Aussagen dazu zu, ob die Pubertätssuppression nicht selbst zu einer Festigung der transgeschlechtlichen Identität führt. Ein solcher iatrogenen Einfluss könnte je-

86) *Diesselhorst*, Rechtmäßigkeit ärztlicher Maßnahmen an transidenten und intersexuellen Minderjährigen, 2023, S. 117.

87) S. o. II. 2., S. 271.

88) *Korte*, Frauenheilkunde up2date 2016, 163, 169.

89) *Cohen-Kettenis et al.*, Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 2011, 689, 695.

90) S. o. II. 4., S. 273.

91) S. o. II. 2., S. 271.

92) Vgl. *Korte, Beier, Bosinski*, Sexuologie 2016, 117, 129 f.; *Socialstyrelsen*, Care of children and adolescents with gender dysphoria, Summary of national guidelines December 2022, S. 5.

93) Grundlegend RGSt 25, 375, 378 ff.; Kritik an diesem dogmatischen Ansatz in der Literatur: Kriminalpolitischer Kreis, medstra 2021, 65, 65 ff.; zur Übersicht s.: *Sternberg-Lieben*, in: *Schönke/Schröder*, 30. Aufl. 2019, § 223 StGB, Rdnrn. 29 ff.

94) BVerfGE 128, 282, 307 f.; BGH, NJW 1959, 811; BT-Dr. 17/10488, S. 23; *Gleixner-Eberle*, Die Einwilligung in die medizinische Behandlung Minderjähriger, 2014, S. 282 f., 300.

95) BGH, NJW 1959, 811.

96) *Gleixner-Eberle*, Die Einwilligung in die medizinische Behandlung Minderjähriger, S. 299.

97) *Wölk*, MedR 2001, 80, 88.

98) *Schrott*, Intersex-Operationen, 2020, S. 348 f.; *Diesselhorst*, Rechtmäßigkeit ärztlicher Maßnahmen an transidenten und intersexuellen Minderjährigen, 2023, S. 72.

99) *Schrott*, Intersex-Operationen, 2020, S. 348; *Diesselhorst*, Rechtmäßigkeit ärztlicher Maßnahmen an transidenten und intersexuellen Minderjährigen, 2023, S. 72.

100) *Gleixner-Eberle*, Die Einwilligung in die medizinische Behandlung Minderjähriger, 2024, S. 294.

101) BT-Dr. 17/10488, S. 23.

102) *Siedenbiedel*, Selbstbestimmung über das eigene Geschlecht, 2016, S. 163.

103) *Siedenbiedel*, Selbstbestimmung über das eigene Geschlecht, 2016, S. 163 f.; *Diesselhorst*, Rechtmäßigkeit ärztlicher Maßnahmen an transidenten und intersexuellen Minderjährigen, 2023, S. 130 f.

doch die Autonomie der inneren Überzeugung, dem anderen Geschlecht anzugehören, in Frage stellen. Die pubertätsunterdrückende Behandlung kann auf Grund der nicht geklärten Risiken also nicht ohne weiteres als erweiterte Phase der Exploration gesehen werden, sondern stellt selbst bereits einen Schritt zur Geschlechtsangleichung dar. Insofern sollte ein ähnlicher Maßstab an die Geschlechtsidentitätsreife angesetzt werden, wie er es hinsichtlich gegengeschlechtlicher Hormontherapien getan wird. Für diesen strengeren Maßstab spricht auch, dass nach erfolgter Pubertätssuppression fast 100 % der Minderjährigen mit einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie fortfahren<sup>104</sup>. Zwar muss die Einwilligungsfähigkeit für verschiedene, konkrete Behandlungen einzeln beurteilt werden, jedoch sorgt die enge, weitestgehend noch nicht geklärte Verknüpfung hier dafür, dass das Verlangen einer gleichermaßen sicheren und stabilen Geschlechtsidentität als Maßstab für die Geschlechtsidentitätsreife gerechtfertigt erscheint.

Daneben sind die für den Minderjährigen zu überblickenden Risiken der Pubertätssuppression noch weitestgehend ungeklärt, was zu einer erschwerten Einschätzung und Beurteilung hinsichtlich des eigenen Lebensentwurfes führt. Ferner kommt hinzu, dass zu Beginn der Pubertät häufig noch ein sehr begrenztes Maß an sexueller Erfahrung vorliegt, was das Abwägen von möglichen Beeinträchtigungen der sexuellen Erlebnisfähigkeit und dem Zurückstellen der altersüblichen psychosexuellen Entwicklung zu einer sehr abstrakten Aufgabe macht.

Mithin sind weder an die Geschlechtsidentitätsreife noch an die sonstige eingriffsbezogene Eingriffs- und Urteilsfähigkeit hinsichtlich der Behandlung mit Pubertätsblockern wesentlich geringere Anforderungen zu stellen, als es auch bei gegengeschlechtlichen Hormontherapien der Fall ist. Dies schließt die Möglichkeit des Vorliegens der Einwilligungsfähigkeit zu Beginn der Pubertät beim konkreten Patienten nicht absolut aus. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei besonders grundrechtsrelevanten und höchstpersönlichen medizinischen Angelegenheiten die Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen früher anzunehmen ist, um einen angemessenen Schutz vor Fremdbestimmung zu gewährleisten<sup>105</sup>. Bei den an sich auch auf den Zeitpunkt der Vollendung der Pubertät verschiebbaren Maßnahmen und bei gleichzeitiger psychotherapeutischer Unterstützung zum Umgang mit dem dysphorischen Leidensdruck ist jedoch davon auszugehen, dass die Annahme der Einwilligungsfähigkeit nicht regelmäßig gegeben sein wird.

Auf die im Allgemeinen umstrittene Frage, ob beim Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit dem Minderjährigen auch die Alleinentscheidungsbefugnis zugesprochen werden kann<sup>106</sup>, kann im Rahmen dieses Aufsatzes nicht gesondert eingegangen werden. Die Stärkung der Patientenautonomie durch das Patientenrechtegesetz, welches gem. § 630d Abs. 1 BGB davon ausgeht, dass bei Einwilligungsfähigkeit jedem Patienten auch selbst die Entscheidungsbefugnis zusteht<sup>107</sup>, spricht jedoch für die Annahme, dass dies im Regelfall so ist, wovon vorliegend auch ausgegangen wird.

#### b) Die stellvertretende Einwilligung

Bei einwilligungsunfähigen Minderjährigen fällt die Einwilligungskompetenz stellvertretend seinen Sorgeberechtigten zu und ist in den §§ 1626ff. BGB als Institut der elterlichen Sorge ausgestaltet. Die Verweigerung einer Einwilligung in eine medizinisch notwendige Maßnahme kann dabei durch gerichtliche Maßnahmen gem. § 1666 BGB abgewendet werden. Dagegen entfalten kindeswohlgefährdende Einwilligungen im Außenverhältnis gegenüber dem Arzt automatisch keine Gültigkeit<sup>108</sup>. Es besteht jedoch kein Anspruch auf optimale Entscheidungen und Förderung, sondern nur ein garantiertes Mindestmaß<sup>109</sup>.

Innerhalb dieses Mindestmaßes kommt den Eltern ein Interpretationsprimat für das Wohl ihres Kindes zu<sup>110</sup>.

Im Rahmen ärztlicher Heileingriffe kann grundsätzlich auch in die Beeinträchtigung höchstpersönlicher Rechtsgüter, allen voran die körperliche Unversehrtheit, stellvertretend eingewilligt werden<sup>111</sup>, wobei die genauen Grenzen jedoch umstritten sind. Dies zeigt sich insbesondere bei der Diskussion um die Zulässigkeit geschlechtsangleichender Maßnahmen bei intersexuellen, einwilligungsunfähigen Kindern ohne deren Willen<sup>112</sup>. Auch bei transgeschlechtlichen Kindern stellen geschlechtsangleichende Maßnahmen Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit und die geschlechtliche Identität dar, womit sie in besonderem Maße die Intimsphäre betreffen. Hier entspricht die Geschlechtsangleichung jedoch regelmäßig dem natürlichen Willen des Minderjährigen. Sie dient insofern nicht den persönlichen Vorstellungen der Eltern<sup>113</sup>, sondern soll die geschlechtliche Selbstbestimmung des Kindes ermöglichen, welche sonst bis zum Erreichen der eigenen Einwilligungsfähigkeit stark eingeschränkt bliebe. Dabei beruht die autonome Entscheidung über das innere Zugehörigkeitsgefühl auf der Geschlechtsidentitätsreife des Kindes. Wie bereits angeführt, ist diese von der Einsichtsfähigkeit in die Risiken und Auswirkungen eines medizinischen Eingriffs zu trennen, sodass sie unabhängig von der vollständigen Einwilligungsfähigkeit vorliegen kann. Um stellvertretend die geschlechtliche Selbstbestimmung wahrzunehmen, muss sich die elterliche Einwilligung auf diese autonome Entscheidung über die Geschlechtsidentität des Kindes beziehen und dieser zur Verwirklichung verhelfen. Ohne das Vorliegen der nötigen Geschlechtsidentitätsreife, reicht die natürliche Willensäußerung des Kindes nicht aus, um eine einvernehmliche stellvertretende Einwilligung zu legitimieren. Innerhalb dieses Rahmens ist die Zulässigkeit der stellvertretenden Einwilligung ein angemessenes Mittel, um die Entwicklung des Kindes entsprechend seiner wachsenden Selbstbestimmungsfähigkeit zu fördern.

Ob die Erteilung oder Vorenthaltung der Einwilligung in eine konkrete Maßnahme gegen das Kindeswohl verstößt, kann jeweils nur einzeln durch die Vornahme einer Unvereinbarkeitskontrolle festgestellt werden. Dabei bietet sich das dreistufige Prüfungsprogramm von *Fateh-Moghadam* an, welches Schwere und Risiken des Eingriffs, aber auch seiner Unterlassung, seine Vorteile und Chancen sowie das Fehlen von spezifisch kindeswohlverletzenden Eingriffsmodalitäten, wie Demütigungs- oder Strafcharak-

104) S. o. II. 2., S. 271.

105) Vgl. OLG Hamm, NJW 2020, 1373, 1373ff.; *Siedenbiedel*, Selbstbestimmung über das eigene Geschlecht, 2016, S. 162; *Rothärmel*, MedR 2006, 274, 281.

106) Vgl. OLG Hamm, NJW 2020, 1373, 1373ff.; OLG Frankfurt, MedR 2020, 383, 385; eine Übersicht bei *Diesselhorst*, Rechtmäßigkeit ärztlicher Maßnahmen an transidenten und intersexuellen Minderjährigen, 2023, S. 75ff.

107) *Kreße*, MedR 2015, 91, 94; *Damm*, MedR 775, 777.

108) *Gleixner-Eberle*, Die Einwilligung in die medizinische Behandlung Minderjähriger, 2014, S. 314f.

109) *Volke*, in: MüKo/BGB, Bd. 10, 9. Aufl. 2024, § 1666 BGB, Rdnr. 53; *Brosius-Gersdorf*, in: *Dreier*, Bd. 1, 4. Aufl. 2023, Art. 6 GG, Rdnr. 361; *Jarass*, in: *Jarass/Pieroth*, 18. Aufl. 2024, Art. 6 GG, Rdnr. 56.

110) Vgl. BVerfGE 4, 52, 56; BVerfGE 24, 119, 138; BVerfGE 60, 79, 88, 94; BVerfGE 103, 89, 108.

111) *Schrott*, Intersex-Operationen, 2020, S. 530f.; *Diesselhorst*, Rechtmäßigkeit ärztlicher Maßnahmen an transidenten und intersexuellen Minderjährigen, 2023, S. 86f.

112) Vgl. BT-Dr. 19/24686, S. 11ff.; Zur Diskussion vor der Einführung des § 1631e BGB vgl. *Schrott*, Intersex-Operationen, 2020, S. 459ff.

113) Vgl. *Belling*, *Eberl*, *Michlik*, Das Selbstbestimmungsrecht Minderjähriger bei medizinischen Eingriffen, S. 125.

ter der Maßnahme, prüft und die entstehenden Vor- und Nachteile gegeneinander abwägt<sup>114</sup>. Irreversibilität und Aufschiebbarkeit der angestrebten Maßnahmen sind hierbei besonders zu berücksichtigen, weil die zukünftige Ausübung des Selbstbestimmungsrechts durch den Minderjährigen dadurch betroffen werden kann<sup>115</sup>. Die Vermutung der teilweisen Irreversibilität gilt, wie bereits dargelegt, auch schon für die Intervention mit Pubertätsblockern. Auch die medizinische Indikation einer Maßnahme hat einen Einfluss auf die Kindeswohlverträglichkeit. Während eine indikationslose Maßnahme sowohl kindeswohlzutraglich, -neutral oder -abträglich sein kann, ist bei einer indizierten Maßnahme von ihrer Kindeswohlzutraglichkeit auszugehen<sup>116</sup>. Insofern ist auch hier das Vorliegen der Geschlechtsidentitätsreife ausschlaggebend, weil nur so ein konsistenter Transitionswunsch angenommen werden kann, welcher essentiell für die Begründung der Indikation einer geschlechtsangleichenden Maßnahme ist. Vor allem die Einwilligung in eine nicht indizierte Pubertätssuppression, sowohl wegen fehlenden Leidensdrucks als auch wegen fehlender Geschlechtsidentitätsreife, könnte eine Kindeswohlverletzung darstellen. Hier kann nicht sicher von einem positiven Nutzen der Behandlung ausgegangen werden, während gleichzeitig schwer einzuschätzende Risiken und die relative Aufschiebbarkeit der Maßnahme gegen die Vornahme sprechen.

Daneben kann die unsichere Evidenzlage für den Nutzen der Pubertätsblocker unter Umständen dazu führen, dass auch bei Indikation Restzweifel an der Kindeswohlzutraglichkeit bestehen bleiben und unter Umständen die Verweigerung der Einwilligung nicht automatisch eine Kindeswohlgefährdung darstellt. Bei einem angemessen sorgfältigen Diagnose- und Indikationsstellungsprozess spricht jedoch vieles für die Annahme der Kindeswohlzutraglichkeit im konkreten Fall.

### c) Einwilligungsgrenzen

Daneben können sich jedoch allgemeine und spezialgesetzliche Einwilligungsgrenzen ergeben, auf die im Folgenden eingegangen wird.

§ 1631c BGB unterbindet sowohl die elterliche als auch die kindliche Einwilligung in eine Sterilisation. Zwar erfasst der Wortlaut der Norm alle Eingriffe, die objektiv zur Fortpflanzungsunfähigkeit führen, jedoch muss der Sterilisationsbegriff hier restriktiv ausgelegt werden, weil sonst auch vital indizierte Eingriffe, die als unbeabsichtigte Nebenfolge zur Sterilität führen können, nicht durchführbar wären und somit die Norm dem Schutz des Minderjährigen entgegenstehen würde<sup>117</sup>. Folglich werden nur zweckgerichtete Sterilisationseingriffe erfasst, soweit sie nicht der Abwehr einer Lebens- oder Gesundheitsgefahr dienen<sup>118</sup>. Hormonelle Geschlechtsangleichungen können unter Umständen zur Unfruchtbarkeit führen, was allerdings regelmäßig nur eine Nebenfolge des eigentlich intendierten Zweckes darstellt. Somit stellen sie keine zweckgerichtete Sterilisation dar und werden nicht von der Norm erfasst.

Auch der § 1631e BGB ist hier nicht anwendbar, weil er sich nur auf Angleichungsmaßnahmen an Kindern mit einer „Variante der Geschlechtsentwicklung“, welche eine somatische Geschlechtsabweichung erfordert<sup>119</sup>, bezieht.

Daneben schränken die §§ 2 ff. KastrG die Einwilligung in eine Sterilisation nur in den Fällen ein, in denen nach § 1 KastrG die „Auswirkungen eines abnormen Geschlechtstriebes“ behandelt werden sollen. Bei der Geschlechtsangleichung soll keine Behandlung eines abnormen Geschlechtstriebes erfolgen, womit diese Regelungen nicht greifen.

Sofern der geschlechtsangleichende Eingriff als sittenwidrig anzusehen ist, kann gem. § 228 StGB nicht wirksam darin eingewilligt werden. Dazu muss er gegen „das Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden“<sup>120</sup> verstoßen. Konkretisiert und aus einem Wertungsbereich der

rein zeitgenössischen Moral enthoben, wird diese Formel durch eine restriktive Auslegung, die sich an der Schwere, also der objektiven Gefährlichkeit, und je nach Ansicht auch dem Zweck der Beeinträchtigung orientiert<sup>121</sup>. Dabei muss der Eingriff mindestens an die Intensität einer gefährlichen Körperverletzung gem. § 226 StGB heranreichen<sup>122</sup>. Wird ein zu Grunde liegender nachvollziehbarer Zweck verlangt, muss dieser, aufgrund der individuellen Schutzrichtung des § 228 StGB<sup>123</sup>, an einem subjektiven Maßstab gemessen werden<sup>124</sup>. Die medizinische Indikation stellt einen rechtlich anerkannten Zweck dar<sup>125</sup>, womit indizierte Heilbehandlungen auch bei objektiver Gefährlichkeit nicht sittenwidrig sind<sup>126</sup>. Damit gelten indikationslose Eingriffe zwar nicht automatisch als sittenwidrig, müssen allerdings bei entsprechender Schwere hinsichtlich ihres Zweckes überprüft werden<sup>127</sup>. Zwar können hormonelle Eingriffe unter Umständen zum Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit führen, jedoch kann dies im Falle des Vorliegens eines relevanten Leidensdrucks und eines entsprechenden Transitionswunsches durch die Indikation kompensiert werden. Sie verfolgen dann einen auf die Behandlung des Leidensdrucks gerichteten Heilzweck und sind nicht sittenwidrig<sup>128</sup>.

Wie bereits dargestellt entfällt die Indikation jedoch bei fehlendem Leidensdruck oder Unsicherheiten bzgl. der Konsistenz der Geschlechtsidentität. Aufgrund der unsicheren Datenlage zu den konkreten Risiken der hormonellen Pubertätssuppression für die Fortpflanzungsfähigkeit als auch zur möglichen Teilirreversibilität ist dessen Eingriffsintensität jedoch schwer zu bestimmen. Ob die Pubertätsblockade für sich allein bereits geeignet ist, um den Tatbestand des § 226 Abs. 1 Nr. 1 StGB zu erfüllen, ist fraglich. Um dies in Zukunft beantworten zu können, bedarf es eines besseren medizinischen Verständnisses der genauen Risiken der Pubertätssuppression. Vorerst ist eine Sittenwidrigkeit jedoch nicht anzunehmen. Insofern kommt es hier auch nicht darauf an, ob die Sittenwidrigkeit nun lediglich nach der Schwere des Eingriffs oder auch nach seinem Zweck zu beurteilen ist.

114) *Fateh-Moghadam*, RW 2010, 225, 134.

115) Vgl. *Schrott*, *Intersex-Operationen*, 2020, S. 571.

116) Vgl. *Schrott*, *Inetrsex-Operationen*, 2020, S. 639 f.; *Diesselhorst*, *Rechtmäßigkeit ärztlicher Maßnahmen an transidenten und intersexuellen Minderjährigen*, 2023, 162.

117) *Schrott*, *Intersex-Operationen*, 2020, S. 380.

118) *Kersche*, in: *MüKo/BGB*, Bd. 10, 9. Aufl. 2024, § 1631c BGB, Rdnr. 6.; a. A. *Spickhoff*, in: *Spickhoff*, *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2022, § 1631c BGB, Rdnrn. 2 f.; *Schrott*, *Intersex-Operationen*, 2020, S. 385.

119) BT-Dr. 19/24686, S. 11; *Diesselhorst*, *Rechtmäßigkeit ärztlicher Maßnahmen an transidenten und intersexuellen Minderjährigen*, 2023, S. 199.

120) BGHSt 4, 88, 91; BGHSt 4, 24, 32; BGH, NJW 2004, 1054, 1055 ff.

121) BGHSt 49, 166; BGHSt 49, 34, 42; für die Schwere des Eingriffs: *Knauer, Brose*, in: *Spickhoff*, *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2022, § 228 StGB, Rdnr. 2.; für den Zweck: BGHSt 4, 24, 31.

122) *Sternberg-Lieben*, in: *Schönke/Schröder*, 30. Aufl. 2019, § 228 StGB, Rdnr. 17; eine andere Ansicht verlangt eine objektive Todesgefahr des Eingriffs, s. BGHSt 49, 34; BGHSt 49, 166.

123) *Wagner*, *Die Schönheitsoperation im Strafrecht*, 2015, S. 208 ff.; vgl. auch *Fateh-Moghadam*, *Die Einwilligung in die Lebendorganspende*, 2008, S. 125 ff.

124) *Fateh-Moghadam*, *Die Einwilligung in die Lebendorganspende*, 2008, S. 129 ff.; *Schrott*, *Intersex-Operationen*, 2020, S. 395 ff.

125) *Richter*, *Indikation und nicht indizierte Eingriffe als Gegenstand des Medizinrechts*, 2018, S. 291.

126) BVerfGE 49, 286, 299.

127) *Richter*, *Indikation und nicht indizierte Eingriffe als Gegenstand des Medizinrechts*, 2018, S. 291.

128) *Walter*, JZ 1972, 263, 264 ff.; *Nitschmann*, ZStW 2007, 547, 573 ff.; *Siedenbiedel*, *Selbstbestimmung über das eigene Geschlecht*, 2015, S. 124.

Mithin wird die Einwilligung in geschlechtsangleichende Eingriffe mittels Pubertätssuppression regelmäßig nicht gesetzlich eingeschränkt.

#### IV. Fazit

Die Ermöglichung von Selbstbestimmung erschöpft sich nicht nur in der Umsetzung der Wünsche des Patienten, sondern erfasst auch die Verzahnung von Patientenwille und Patientenwohl. Der Arzt, gleichermaßen der Achtung der Patientenautonomie aber auch dem Prinzip der Fürsorge bzw. der Schadensvermeidung verpflichtet<sup>129</sup>, muss den Betroffenen bei ihrer Entscheidungsfindung zur Seite stehen und ihnen einen geschützten Raum, sowie die notwendige Zeit zur Reflexion ihrer eigenen Willensbildung bieten.

Dieses Zusammenspiel von Schutz und Ermöglichung der Selbstbestimmung muss sich auch in der medizinrechtlichen Ausgestaltung des Zugangs zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen für Minderjährige widerspiegeln. Es liegen jedoch berechtigte Zweifel vor, ob die Behandlung mit Pubertätsblockern wirklich eine solche Phase der Reflexion und Exploration ermöglicht oder ob sie die Willensbildungsprozesse nicht auf einen festgelegten Weg der medizinischen Geschlechtsangleichung lenken. Solange dies nicht feststeht, muss anderweitig sichergestellt werden, dass die weitere Entwicklung und Konsolidierung der Geschlechtsidentität ein autonomer Prozess bleibt. Dies rechtfertigt das vorsichtige Vorgehen hinsichtlich der Indikationsstellung, sowie die gründliche Begutachtung von Geschlechtsidentitätsreife und Einwilligungsfähigkeit im jeweiligen Einzelfall. Insofern ist es bedauerlich, dass sich der deutschsprachige Leitlinienentwurf keinem

vorsichtigeren Vorgehen angeschlossen hat, bei dem eine Fokussierung auf die Durchführung klinischer Studien bei gleichzeitiger Zurückhaltungsempfehlung für die Anwendung in der Praxis im Vordergrund steht. Im Rahmen von klinischen Studien liegen mit dem §40b Abs. 3 AMG auch bereits Einschränkungen der Einwilligungskompetenz Minderjähriger vor, welche zu einem Ausgleich zwischen jugendlicher Selbstbestimmung und elterlichem Sorgerecht beitragen können.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

129) Vgl. *Beauchamp, Childress, Principles of Biomedical Ethics*, 8. Aufl. 2019, S. 99ff., 155ff., 217ff.

## Die Abmeldung der Notaufnahme

Haftungsrechtliche Fragen und abrechnungsrechtliche Hintergründe

Johannes Greiser, Thomas Rielage und Lena Rauhöft

### Abstract

Steigende Patientenzahlen in den Notaufnahmen haben dazu geführt, dass Notaufnahmen sich immer häufiger für gewisse Zeiträume „abmelden“<sup>1</sup>. Allein im Dezember 2023 meldeten sich 77 % der Notaufnahmen zeitweise ab. Dabei wurde ein Bettenmangel auf der Normalstation als häufigster Grund für die Abmeldung der Notaufnahme genannt. Hinzu kommt eine inadäquate Vergütungssituation: Nach

einer Erhebung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) aus dem Jahr 2023 arbeiten 100 % der Notaufnahmen defizitär, was auch Einfluss auf die Ausstattung und Kapazitäten der Notaufnahmen haben könnte. Der folgende Aufsatz untersucht, welche haftungsrechtlichen Risiken in diesem Spannungsfeld bestehen. Zudem soll auf der sozialrechtlichen Seite betrachtet werden, welche abrechnungsrechtlichen Stellschrauben existieren könnten, um Notaufnahmen nicht mehr defizitär betreiben zu müssen.

### I. Einleitung

Eine Studie der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) aus 2015 ergab durchschnittlich ein Defizit von 88,00 EUR pro Fall in der ambulanten Notfallversorgung<sup>2</sup>. Die durchschnittli-

Johannes Greiser,  
Richter am SG, SG Osnabrück,  
Lehrbeauftragter für Sozialrecht, Universität Osnabrück,  
Hakenstraße 15, 49074 Osnabrück, Deutschland

Thomas Rielage, MDM,  
Leitender Arzt Zentrale Notaufnahme, Klinikum Ibbenbüren,  
Leitender Notarzt Stadt Osnabrück, Lehrbeauftragter,  
Große Straße 41, 49477 Ibbenbüren, Deutschland

Lena Rauhöft,  
Jurastudentin, Universität Osnabrück,  
Wissenschaftliche Hilfskraft, Lyck+Pätzold healthcare.recht,  
Heger-Tor-Wall 14, 49074 Osnabrück, Deutschland

1) Korrekterweise müsste von einer temporären Auslastungsmeldung gesprochen werden, umgangssprachlich hat sich aber der Begriff der Abmeldung durchgesetzt.  
2) DGINA, Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus, 2015, 5.