

Die Transgender-Bewegung und das körperliche Geschlecht

Bachelorarbeit

an der Hochschule Meißen (FH) und Fortbildungszentrum
zum Erwerb des Hochschulgrades
Bachelor of Laws (LL.B.)

Vorgelegt von
Jessica Pötschke
aus Obergurig

Meißen, 31.03.2022

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
1 Einleitung	4
2 Abgrenzung der Begrifflichkeiten	6
2.1 Geschlecht	6
2.2 Cis-sexuell / cis-gender	7
2.3 Transsexualität, Transidentität und Transgender	7
2.4 Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie	8
2.5 Intersexualität.....	9
2.6 Nicht-binäre, a-gender, non-gender, gender-free, gender-neutral	9
3 Medizinische Klassifikationssysteme und Leitlinien.....	10
3.1 ICD - International Classification of Diseases	10
3.2 DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	11
3.3 SOC – Standards of Care.....	11
3.4 Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen	11
3.5 Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung	12
4 Verlauf.....	13
4.1 Diagnostik	13
4.2 Psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung; Alltagserprobung.....	15
4.3 Körperliche Interventionen.....	17
4.3.1 Vollständig reversible Behandlungen	17
4.3.2 Partiiell reversible Behandlungen.....	19
4.3.3 Irreversible Behandlungen.....	20
4.4 Nachbetreuung	21
4.5 Vornamens- und Personenstandsänderung	21
5 Das Verhältnis des Selbstbestimmungsrechts der Minderjährigen und des Elternrechts.....	23
5.1 Das Selbstbestimmungsrecht der Minderjährigen	23
5.1.1 Das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit	23
5.1.2 Das allgemeine Persönlichkeitsrecht	25
5.1.3 Die Einwilligungsfähigkeit als Voraussetzung für die Grundrechtsausübung im konkreten Fall	27
5.2 Das Elternrecht und die elterliche Sorge.....	28
5.2.1 Das Elternrecht aus Artikel 6 Grundgesetz	28
5.2.2 Die elterliche Sorge nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch	33
5.3 Konsequenzen für die Einwilligung zur Behandlung.....	38
5.4 Konsequenzen für den Abschluss des Behandlungsvertrages	39
6 Fazit	46
Kernsätze.....	48
Literaturverzeichnis	49
Rechtsprechungsverzeichnis	53
Rechtsquellenverzeichnis.....	53
Eidesstattliche Versicherung.....	54

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
arg.e.	Argument aus
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
DGfS	Deutsche Gesellschaft für Sexualeforschung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FzM	Frau-zu-Mann
gem.	gemäß
i. d. R.	in der Regel
i. S. d.	im Sinne des
i. V. m.	in Verbindung mit
ICD	International Classification of Diseases
MzF	Mann-zu-Frau
Rn.	Randnummer
S.	Seite
SOC	Standards of Care
TSG	Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz)
WPATH	World Professional Association for Transgender Health

1 Einleitung

Für die meisten Menschen ist es selbstverständlich, dass ihr von außen sichtbares Geschlecht auch mit dem von ihnen empfundenen Geschlecht übereinstimmt. Für andere ist es das nicht. Von außen sehen sie aus wie eine Frau, sind aber der festen inneren Überzeugung ein Mann zu sein. Andere werden von außen als Mann wahrgenommen, fühlen sich jedoch als Frau. Diese Konstellationen werden häufig mit der Transgender-Bewegung verbunden. Daneben gibt es Menschen, die sich keinem Geschlecht zugehörig fühlen oder auch mehreren. Weitere Empfindungen sind denkbar und gleichermaßen Realität.

Der deutsche Ethikrat hat in seiner ad-hoc-Empfehlung zu Transidentität bei Kindern und Jugendlichen festgestellt:

„Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst auch das Recht, ein Leben entsprechend der eigenen, subjektiv empfundenen geschlechtlichen Identität zu führen und in dieser Identität anerkannt zu werden.“¹

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu untersuchen, wie sich diese Aussage in der Realität darstellt. Minderjährige werden dabei in den Fokus gestellt, da ihre Ausgangssituation eine besondere ist. So spielt vor allem die Pubertät für die Persönlichkeitsentwicklung eine relevante Rolle. Weiter sind Minderjährige in vielen Aspekten nicht allein handlungsfähig und insofern auf ihre gesetzlichen Vertreter angewiesen. Wie wird also gewährleistet, dass diese ihr Leben trotzdem ihrer inneren Überzeugung entsprechend leben können? Gibt es überhaupt eine adäquate Gewährleistung? Diese Frage soll nachfolgend beantwortet werden.

Dazu wird zunächst auf die einzelnen Begriffe, die im Zusammenhang mit der Transgender-Bewegung stehen, eingegangen. Im Folgenden werden die medizinischen Klassifikationssysteme und Leitlinien erläutert, nach welchen sich die Diagnostik u. a. richtet.

Im 4. Kapitel wird konkret der mögliche Verlauf einer Behandlung bei Transidentität dargestellt, damit ein Grundverständnis darüber geschaffen wird, welche Konsequenzen mit der Entscheidung für oder gegen eine entsprechende Behandlung einhergehen.

Nachfolgend wird zunächst erläutert, woraus sich ein Selbstbestimmungsrecht der Minderjährigen herleiten lässt und unter welchen Bedingungen dieses uneingeschränkt ausgeübt werden kann. Auch das Elternrecht, welches sich aus dem Grundgesetz (GG) ergibt, und die elterliche Sorge nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) werden

¹ Deutscher Ethikrat: *Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen*, 2020, verfügbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-trans-identitaet.pdf>, S. 3.

ausführlich erläutert. Anschließend werden die Konsequenzen für die Einwilligung in die Behandlung einerseits und für den Abschluss des Behandlungsvertrages andererseits aufgezeigt.

In Anbetracht der Thematik wird in der vorliegenden Arbeit nicht das generische Maskulinum verwendet, sondern gegendert. Der Grund dafür ist, dass insbesondere in diesem Bereich sehr viel Wert auf Begrifflichkeiten gelegt wird und sich niemand aufgrund von Sprache ausgeschlossen fühlen sollte. Gerade bei einer Arbeit, die sich mit Personen beschäftigt, die so sein und auch so akzeptiert werden möchten, wie sie es für sich empfinden, sollte die Sprache explizit widerspiegeln, dass alle Individuen gemeint und umfasst sind.

2 Abgrenzung der Begrifflichkeiten

Eingangs ist es erforderlich die unterschiedlichen Begriffe, die im Zusammenhang mit dem Thema stehen, voneinander abzugrenzen.

2.1 Geschlecht

Da das Geschlecht eine bedeutsame Grundlage für die weiteren Betrachtungen darstellt, muss zunächst konkret definiert werden, worum es sich dabei handelt. Nach dem Pschyrembel, einem klinischen Wörterbuch, werden unter ‚Geschlecht‘ Eigenschaften eines Individuums verstanden, die dieses bei zweigeschlechtlichen Spezies als männlich oder weiblich kennzeichnen. In Deutschland ist außerdem ein drittes Geschlecht „divers“ anerkannt.

Neben dem somatischen (biologischen) Geschlecht wird noch zwischen dem psychischen und dem sozialen Geschlecht differenziert, die nicht zwangsläufig miteinander übereinstimmen müssen.

Das biologische Geschlecht wird gleichgesetzt mit dem körperlichen Geschlecht und entspricht der englischen Bezeichnung *sex*. Es beschreibt die Gesamtheit der körperlichen Merkmale mit weiblicher oder männlicher Ausprägung.²

Das biologische Geschlecht weist unterschiedliche Ebenen auf. Die der Geschlechtschromosomen, der Keimdrüsen, der Geschlechtshormone und der anatomischen primären und sekundären Geschlechtsunterschiede.³ Besonders die letzten beiden Ebenen sind für die weitere Betrachtung relevant.

Auf der Ebene der Geschlechtshormone wird auch vom hormonellen Geschlecht gesprochen. Hierbei geht es v. a. um Östrogene und Gestagene als weibliche Geschlechtshormone und um die männlichen Hormone, wie Testosteron.⁴

Die Ebene der anatomischen primären und sekundären Geschlechtsunterschiede wird auch als anatomisches oder körperliches Geschlecht im engeren Sinne bezeichnet. Als primäre weibliche Geschlechtsmerkmale gelten hier die Vulva, Scheideneingang, Klitoris, große und kleine Schamlippen als äußere Geschlechtsorgane. Die inneren Geschlechtsorgane sind die Eierstöcke, Eileiter, Gebärmutter und die Scheide. Die primären männlichen äußeren Geschlechtsorgane sind der Penis, die Eichel, Vorhaut und Hodensack; die inneren Geschlechtsorgane sind die Hoden, Nebenhoden, Samenleiter, Samenblase und die Vorsteherdrüse (Prostata).⁵ Unter den sekundären

² Vgl. Deutscher Ethikrat: *Intersexualität*, 2012, S. 191; Kockott/Pschyrembel Redaktion: *Geschlecht*, 2020, verfügbar unter: <https://www.pschyrembel.de/geschlecht/K08P4/doc/>.

³ Vgl. Preuss/Resch/Schulte-Markwort: *Geschlechtsdysphorie, Transidentität und Transsexualität im Kindes- und Jugendalter*, 2019, S. 54 f.

⁴ Vgl. ebd.

⁵ Vgl. Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 56.

Geschlechtsmerkmalen werden die höhere Stimmlage bei Frauen bzw. die tiefere bei Männern verstanden, sowie der größere Kehlkopf, auch bezeichnet als Adamsapfel. Das männliche Gesicht zeichnet sich durch Bartwuchs aus, beim weiblichen ist dieser entsprechend nicht vorhanden. Außerdem haben Frauen in der Regel weichere Haut und ein breiteres Becken, während die männliche Haut eher derber ist und das Becken schmaler. Des Weiteren besitzen Männer einen kräftigeren Knochen- und Körperbau als Frauen und die Körperfettverteilung unterscheidet sich. Ebenso unterschiedlich ist die weibliche bzw. männliche Schambehaarung.⁶

Das psychische Geschlecht ist gleichzusetzen mit der Geschlechtsidentität. Es beschreibt das Geschlecht, dem sich das Individuum selbst zuordnet; maßgeblich ist dabei das innere Gefühl. Unterschieden wird zwischen dem empfundenen Geschlecht, was sich aus der subjektiven Wahrnehmung ergibt, und dem zerebralen Geschlecht. Bei letzterem erfolgt die Unterscheidung anhand der neurohormonalen Aktivität bzw. der neuroanatomischen Unterschiede. Klar davon abzugrenzen ist die sexuelle Orientierung, die sich darauf bezieht, welches Geschlecht hinsichtlich der Sexualpartnerwahl bevorzugt wird.⁷

Das soziale Geschlecht entspricht der englischen Bezeichnung *gender*. Durch dieses wird die Rolle bestimmt, die eine Person in ihrer Familie und in der Gesellschaft wahrnimmt. Unterschieden wird zwischen dem zugeschriebenen Geschlecht – auch Zuweisungsgeschlecht, das bei der Geburt aufgrund des sichtbaren Genitals bestimmt und dokumentiert wurde und dem anerzogenen Geschlecht oder Erziehungsgeschlecht. Bei diesem handelt es sich um das Geschlecht, das von der Familie oder der Gesellschaft für die Erziehung zugrunde gelegt wird und auf dessen Basis die Übernahme von Geschlechterrollen erfolgt.⁸

2.2 Cis-sexuell / cis-gender

Mit der Bezeichnung cis-sexuell oder auch cis-gender ist die Übereinstimmung des Geschlechtsidentitätsgefühls und des körperlichen Geschlechts gemeint.⁹

2.3 Transsexualität, Transidentität und Transgender

Mit Transsexualität wird der Zustand bezeichnet, in dem die Geschlechtsidentität eines Menschen nicht mit dem biologischen Geschlecht übereinstimmt. In der Regel unterscheidet sich das psychische Geschlecht polar vom körperlichen Geschlecht.¹⁰ Im klinischen Kontext wird oft davon gesprochen, wenn „somatische geschlechtsangleichende

⁶ Vgl. Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 56.

⁷ Vgl. Deutscher Ethikrat, a.a.O., S. 33 f., 191.

⁸ Vgl. Deutscher Ethikrat, a.a.O., S. 34; Kockott/Pschyrembel Redaktion a.a.O.

⁹ Vgl. Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 19.

¹⁰ Vgl. Deutscher Ethikrat, a.a.O., S. 26, 196.

Maßnahmen in Frage kommen“¹¹. Primär geht es hierbei jedoch um die psychische und nicht um die körperliche Ebene. Die betroffenen Menschen „fühlen oder empfinden sich dem anderen Geschlecht zugehörig und leiden unter ihren nicht stimmig empfundenen Geschlechtsmerkmalen“¹².

Die Begriffe Transsexualität und Transsexualismus werden heute eher nicht mehr verwendet, da sie irreführend sind. Es geht nicht um die Sexualität der Personen, sondern um ihre Geschlechtsidentität.¹³ Transidentität beschreibt die „feste innere Gewissheit, nicht dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht, sondern dem Gegengeschlecht anzugehören“¹⁴. Sie ist eine Form der sexuellen Ausrichtung bzw. Identität; es geht um eine Variante der Identitätsentwicklung. Diese Bezeichnung trifft damit wohl am ehesten den Kern der Thematik, denn es geht bei Transidentität eben nicht um psychische Gesundheit oder Krankheit.¹⁵

In dem Zusammenhang soll noch der Begriff Transgender kurz erläutert werden. Unter diesem werden unterschiedliche Menschen in einer Gruppe zusammengefasst, die über die kulturell definierten Geschlechtskategorien hinausgehen oder diese überschreiten. Transgender beschreibt sowohl Menschen, die geschlechtsangleichende Maßnahmen anstreben, als auch jene, die praktisch ein Leben zwischen den Geschlechtsrollen leben (siehe dazu 2.6). Zum Teil wird der Begriff transgender synonym mit transident verwendet.¹⁶

2.4 Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie

Geschlechtsinkongruenz beschreibt den Zustand, wenn die Geschlechtsidentität nicht mit den Geschlechtsmerkmalen übereinstimmt. Unter Geschlechtsdysphorie wird das Leiden oder auch geschlechtliches Unbehagen verstanden, das durch dieses Auseinanderfallen des zugewiesenen und des empfundenen bzw. zum Ausdruck gebrachten Geschlechts entstehen kann. Die Geschlechtsdysphorie kann anhaltend sein oder nicht, weswegen zwischen der passagären bzw. vorübergehenden und der anhaltenden Geschlechtsdysphorie differenziert wird.¹⁷

¹¹ Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 16.

¹² Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 58.

¹³ Vgl. Meyenburg: *Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter*, 2020, S. 13.

¹⁴ Ebd.

¹⁵ Vgl. Windel in Groß/Neuschaefer-Rube/Steinmetzer: *Transidentität und Recht - ein Überblick*, 2008, S. 70; Rauchfleisch: *Transsexualismus – Genderdysphorie – Geschlechtsinkongruenz – Transidentität*, 2019, S. 17.

¹⁶ Vgl. WPATH: *Standards of Care V7_German*, 2012, verfügbar unter: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_German.pdf, S. 113; Rauchfleisch, 2019, a.a.O., S. 17; Schneider/Frister/Olzen: *Begutachtung psychischer Störungen*, 2020, S. 301.

¹⁷ Vgl. Rauchfleisch: *Medizinische Einordnung von Trans*identität*, 2018, verfügbar unter: <https://www.bpb.de/gesellschaft/gender/geschlechtliche-vielfalt-trans/245353/medizinische-einordnung-von-transidentitaet>; Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 20, 23.

Zu beachten ist, dass die psychischen Folgeerkrankungen Krankheitswert haben, nicht die dahinterstehende Identität.¹⁸

2.5 Intersexualität

Intersexualität spielt für die vorliegende Arbeit eine eher untergeordnete Rolle, sollte aber dennoch erwähnt werden. Darunter sind „atypische körperliche Erscheinungsformen der inneren und äußeren Geschlechtsorgane, sowie der sekundären Geschlechtsmerkmale“¹⁹ zu verstehen. In der medizinischen Fachwelt wird der Begriff Störungen der sexuellen Entwicklung oder kurz DSD verwendet, was für „Disorders of Sexual Development“ steht. Hierbei ist umstritten, ob wirklich von einer Störung gesprochen werden sollte. Die englische Abkürzung DSD erlaubt allerdings ebenso die Möglichkeit, sie als Abkürzung von „Diverse Sex Development“ zu sehen, also als vielfältige sexuelle/geschlechtliche Entwicklung. Durch den Begriff Intersexualität wird ebenso offengehalten, ob es sich um ein drittes Geschlecht handelt oder ob lediglich auf eine Geschlechtszuordnung verzichtet wurde.²⁰

2.6 Nicht-binäre, a-gender, non-gender, gender-free, gender-neutral

Nicht-binäre Personen wollen oder können sich keiner Geschlechterrolle – sprich Mann oder Frau – zuordnen, haben aber in den meisten Fällen auch nicht oder nur teilweise den Wunsch nach einer geschlechtsangleichenden Behandlung.²¹ „Sie erleben sich als gleichsam zwei- oder mehrgeschlechtlich“²².

In dem Zusammenhang sollten ebenfalls die gender fluiden Menschen Berücksichtigung finden. Bei diesen handelt es sich um eine Untergruppe der „Nicht-binären“, bei denen es zu fließenden Veränderungen der Geschlechtsidentität kommt.²³

Ebenso soll kurz auf die Bezeichnungen a-gender, non-gender, gender-free und gender-neutral eingegangen werden. Diese beschreiben Menschen, die das binäre Geschlechtersystem ablehnen und sich als außerhalb dieses stehend betrachten. Sie „definieren sich als Menschen, die keine spezielle Geschlechtsidentität haben“²⁴.

¹⁸ Vgl. Deutschlandfunk Kultur: *Geschlechtsangleichung bei Kindern und Jugendlichen - „Transidentität ist Schicksal“*, 2020, verfügbar unter: <https://www.deutschlandfunkkultur.de/geschlechtsangleichung-bei-kindern-und-jugendlichen-100.html>.

¹⁹ Preuss/Resch/Schulte-Markwort, S. 58.

²⁰ Vgl. ebd.; Deutscher Ethikrat, a.a.O., S. 25.

²¹ Vgl. Meyenburg, a.a.O., S. 13.

²² Rauchfleisch, 2019, a.a.O., S. 17.

²³ Vgl. ebd.

²⁴ Ebd.

3 Medizinische Klassifikationssysteme und Leitlinien

Für die Betrachtung der Behandlung ist ein grundsätzliches Verständnis über die verschiedenen Klassifikationssysteme und Leitlinien, die in Bezug auf Transidentität eine Rolle spielen von Nöten, weswegen diese im Folgenden kurz dargestellt werden.

3.1 ICD - International Classification of Diseases

Die ICD – zu Deutsch die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – wird von der World Health Organization (WHO) herausgegeben und ist für das deutsche Gesundheitswesen verbindlich.²⁵ Nach ICD-10, sprich der 10. Revision, die aktuell noch weiträumig in Deutschland angewendet wird, ist für Jugendliche ab sechzehn Jahren die Diagnose „Transsexualismus F64.0“ und für Kinder die Diagnose „Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters F64.2“ einschlägig. Diese Diagnosen werden in der Systematik den „Störungen der Geschlechtsidentität“ bzw. allgemeiner den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zugeordnet.²⁶

Am 18. Juni 2018 wurde die 11. Revision der ICD (ICD-11) vorgestellt. Verabschiedet wurde sie im Mai 2019, in Kraft trat sie am 1. Januar 2022. Es lassen sich noch keine Aussagen darüber treffen, wann sie in Deutschland tatsächlich eingeführt werden könnte.²⁷

In der 11. Revision wird die Diagnose „Transsexualismus“ zu „Geschlechtsinkongruenz“ geändert. Differenziert wird dann zwischen Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter (HA61), sowie in der Jugend und dem Erwachsenenalter (HA60). Weiter werden die Diagnosen nicht mehr den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zugeordnet, sondern in einem neuen Kapitel „Probleme/Zustände im Bereich der sexuellen Gesundheit“ (conditions related to sexual health) eingeordnet. Auch dadurch wird die Entpathologisierung vorangetrieben – sprich, dass die Empfindungen und Verhaltensweisen von transidenten Menschen nicht mehr als krankhaft gedeutet werden. Insgesamt wird mit der ICD-11 das Ziel verfolgt, der Stigmatisierung entgegenzuwirken.²⁸ Mit der Bezeichnung *Geschlechtsinkongruenz* wird ebenso nicht mehr auf ein Zweigeschlechtermodell abgestellt, was gleichermaßen einen Fortschritt gegenüber der vorherigen Diagnose darstellt. An der Formulierung der Diagnose explizit auch für Kinder wird allerdings kritisiert, dass

²⁵ Vgl. DGfS: *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung*, 2019, verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf, S. 6; Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 145.

²⁶ Vgl. Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 145; Rauchfleisch, 2018, a.a.O.

²⁷ Vgl. Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 147; BfArM: *11. Revision der ICD der WHO (ICD-11)*, 2022, verfügbar unter: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html.

²⁸ Vgl. Rauchfleisch, 2018, a.a.O.; WHO: *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, 2021, verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f411470068.>; DGfS, S. 7.

diese nicht notwendig wäre, da Kinder ohnehin nicht medizinisch behandelt werden würden und folglich nicht mit dem diagnostischen Prozess belastet werden sollten.²⁹

3.2 DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ist ein US-amerikanisches Diagnoseklassifikationssystem psychischer Störungen, das von der American Psychiatric Association herausgegeben wird. Auch hier fand eine Änderung der Diagnose von „Störungen der Geschlechtsidentität“ in „Geschlechtsdysphorie“ statt, wodurch ein weiterer Schritt in Richtung Entpathologisierung getan wurde. Dieser ist jedoch kleiner als der im ICD, da sich die Diagnose weiter unter den psychischen Erkrankungen finden lässt.³⁰

3.3 SOC – Standards of Care

Die World Professional Association for Transgender Health (WPATH), welche die international führende Fachgesellschaft auf dem Gebiet ist und sich damit beschäftigt, die Qualität der Transgender-Gesundheitsversorgung zu sichern, publizierte die Standards of Care (SOC) erstmals 1979. Seitdem gab es mehrere Revisionen. Die aktuelle Fassung ist die 7. Version der SOC und wurde 2012 veröffentlicht. Ziel der SOC ist es, dass die Menschen im Einklang mit ihrem Geschlecht leben können. Ihr psychisches Wohlbefinden und ihre Gesundheit sollen verbessert, sowie ihre Selbstverwirklichung optimal gefördert werden. Dazu finden sich hier maßgebliche Leitlinien für die Behandlung von trans*Personen.³¹

3.4 Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen

Die Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen wurden erarbeitet, da die SOC nur teilweise auf die deutschen Verhältnisse anwendbar sind.³² Sie gelten allerdings mittlerweile als veraltet, weswegen hier nicht näher darauf eingegangen werden soll. Außerdem enthalten sie keine explizite Differenzierung für die Diagnose bei Kindern und Jugendlichen.

Vorrangig aus Gründen der Aktualität wurden von verschiedenen Vertreter:innen deutscher Fachgesellschaften in der Arbeitsgruppe „Geschlechtsdysphorie: Diagnostik, Beratung und Behandlung“ neue, zeitgemäße Leitlinien entwickelt.³³

²⁹ Vgl. Rauchfleisch, 2019, a.a.O., S. 15.

³⁰ Vgl. Rauchfleisch, 2018, a.a.O.; Nieder/Strauß: *Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsdysphorie. Zeitschrift für Sexualforschung*, 2014, S. 61.

³¹ Vgl. DGfS, a.a.O., S. 7; Rauchfleisch, 2018, a.a.O.; Strauß/Nieder in Schochow/Gehrmann/Steger: *Vom Transsexualismus zur Geschlechtsdysphorie*, 2016, S. 59; WPATH, a.a.O., ohne Seitenangabe, S. 1.

³² Vgl. DGfS/Akademie für Sexualmedizin/Gesellschaft für Sexualwissenschaft: *Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen*, 1997, verfügbar unter: <https://atme-ev.de/images/texte/transsexualitaet/standardsts.pdf>, S. 1.

³³ Vgl. Rauchfleisch, 2018, a.a.O.; DGfS/Akademie für Sexualmedizin/Gesellschaft für Sexualwissenschaft a.a.O.

3.5 Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung

Die S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung wurde, wie bereits erwähnt, unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) von verschiedenen deutschen Fachgesellschaften erarbeitet. Die Leitlinie soll trans*Personen dabei unterstützen, ihr Geschlecht selbstbestimmt leben zu können. Sie dient als Orientierung für Fachkräfte in der Beratung, Diagnostik und Behandlung von trans*Personen. Die Leitlinie ist dabei nur als „Handlungs- und Entscheidungskorridor[...]“³⁴ zu verstehen und nicht als Empfehlung „zur fachspezifischen Umsetzung einzelner Behandlungen“³⁵.

Die Leitlinie orientiert sich hierbei an den Kriterien der Diagnose „Gender Dysphoria“ des Klassifikationssystems DSM-5.³⁶

Weiter anzumerken ist, dass bereits am 18. Dezember 2020 eine eigenständige Leitlinie für Kinder und Jugendliche, das heißt für Personen unter achtzehn Jahren, mit Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) angemeldet wurde, die planmäßig bis zum 31. März 2022 fertiggestellt werden soll.³⁷

³⁴ Nieder/Strauß. *Zeitschrift für Sexualforschung*, a.a.O., S. 73.

³⁵ DGfS, a.a.O., S. 10.

³⁶ Vgl. Nieder/Strauß. *Zeitschrift für Sexualforschung*, a.a.O., S. 61.

³⁷ Vgl. DGfS, a.a.O., S. 9; AWMF: *Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung*, o. J., verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ anmeldung/1/II/028-014.html>.

4 Verlauf

Da in einigen Leitlinien Jugendliche mit Erwachsenen in einer Kategorie zusammengefasst werden und darüber hinaus Kinder nicht hormonell geschlechtsangleichend behandelt werden können oder dürfen,³⁸ wird im Folgenden nicht weiter auf Kinder eingegangen, sondern lediglich auf den möglichen Behandlungsverlauf Jugendlicher.

4.1 Diagnostik

Zu Beginn der Behandlung ist es von zentraler Bedeutung, dass die Diagnose sorgfältig abgeklärt und gesichert wird. Außerdem bildet sie eine Voraussetzung dafür, dass die Kosten der Behandlung von den Krankenkassen übernommen werden.³⁹

Kriterien für die Diagnostik nach DSM-5 sind:

- „A. eine seit mindestens sechs Monaten bestehende ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und Zuweisungsgeschlecht, wobei sechs Einzelkriterien angeführt werden, von denen mindestens zwei erfüllt sein müssen, sowie
1. Ausgeprägte Diskrepanz zwischen Gender und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder, bei Jugendlichen, den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen).
 2. Ausgeprägtes Verlangen, die eigenen primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (oder, bei Jugendlichen, das Verlangen, die Entwicklung der erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern).
 3. Ausgeprägtes Verlangen nach den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen des anderen Geschlechts.
 4. Ausgeprägtes Verlangen, dem anderen Geschlecht anzugehören (oder einem alternativen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).+
 5. Ausgeprägtes Verlangen danach, wie das andere Geschlecht behandelt zu werden (oder wie ein alternatives Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).
 6. Ausgeprägte Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechts aufzuweisen (oder die eines alternativen Gender, das sich vom Zuweisungsgeschlecht unterscheidet).
- B. ein klinisch relevantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.“⁴⁰

Nach den ICD-11 muss für die Diagnose *Geschlechtsinkongruenz* eine ausgeprägte und anhaltende Inkongruenz oder Abweichung zwischen dem empfundenen und dem zugewiesenen Geschlecht vorliegen. Häufig damit verbunden ist der Wunsch nach einer Transition, also einem Übergang mit Hilfe von Hormontherapie, Operationen oder

³⁸ Vgl. Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 231.

³⁹ Vgl. Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 120; DGfS, a.a.O., S. 6.

⁴⁰ DGfS, a.a.O., S. 19.

anderen Gesundheitsleistungen, um in dem wahrgenommenen Geschlecht zu leben und auch in diesem akzeptiert zu werden. Hier wird im Gegensatz zum DSM-5 kein konkreter Zeitraum benannt, für den die Geschlechtsinkongruenz oder -dysphorie bereits bestehen muss. Es ist lediglich von mehreren Jahren die Rede. Zusätzlich ist es im Unterschied zur DSM-5 Diagnose nicht nötig, dass tatsächlich bereits ein Leidensdruck besteht. Die Diagnose kann gleichermaßen bei antizipiertem Leidensdruck gestellt werden bzw. um diesem präventiv entgegenzuwirken. Weiter können Indikationen für somatische Behandlungen gestellt werden, wenn durch eine konservative Behandlung die geschlechtsbezogene Symptomatik ausgeprägt bzw. verstärkt würde.⁴¹

In der S3-Leitlinie lassen sich ebenfalls verschiedene Aussagen zur Diagnostik finden. So z. B., dass der Zeitaufwand und die Dauer der initialen Diagnostik jeweils im Einzelfall variiert. Bei Unsicherheit bezüglich der Diagnostik sollte eine weitere Person einbezogen werden, die mit Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie erfahren ist. Optimalerweise sollte der Diagnoseprozess so kurz wie möglich gehalten werden, um eine unnötige Verlängerung des Leidensdrucks zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund werden längerfristige diagnostisch-therapeutische Prozesse bzw. eine Verlaufsbeobachtung oder eine psychotherapeutisch begleitete Alltagserprobung obsolet. Trotzdem ist eine „umfassende Diagnostik mit ganzheitlicher Betrachtung der behandlungssuchenden Person notwendig“⁴². Dies ist insbesondere für die individuelle Lösungsfindung von großer Bedeutung, aber ebenso, um Prognosen für mögliche Behandlungen im Transitionsprozess stellen zu können. Zu beachten sind bei der Diagnostik die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte, sowie kulturelle Besonderheiten. Die Einschätzung des vorhandenen oder des zu erwartenden Leidensdruckes ist gleichermaßen von Relevanz.⁴³

Die umfassende Diagnostik besteht aus mehreren Säulen, wobei die ausführliche Anamneseerhebung der psychosexuellen Entwicklung die erste Säule bildet. Ziel dieser ist es, ein ganzheitliches Verständnis über die individuelle Entwicklung der Person zu erhalten. Die zweite Säule bildet die Sozialanamnese, die u. a. die Wohnsituation, die schulische Situation, Partnerschaft und Familie erfasst. Weiter finden eine biographische und eine medizinische Anamnese statt. Bei letzterer wird insbesondere auf Vorerkrankungen eingegangen, die therapeutische Maßnahmen einschränken könnten. Zur vollständigen Untersuchung gehört es auch über Zukunftsperspektiven zu sprechen, Familienplanung

⁴¹ Vgl. WHO, a.a.O.; Robles et al.: *Validity of Categories Related to Gender Identity in ICD-11 and DSM-5 Among Transgender Individuals who Seek Gender-Affirming Medical Procedures. International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2022, S. 3; DGfS, a.a.O., S. 7.

⁴² DGfS, a.a.O., S. 23.

⁴³ Vgl. DGfS, a.a.O., S. 22 f.

oder einen möglichen Kinderwunsch, da es für trans*Frauen bspw. die Möglichkeit gibt, ihr Sperma in einer Samenbank einfrieren zu lassen.⁴⁴

Offen bleibt, welche Ausführungen in der neuen Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung“ speziell für Jugendliche enthalten sind.

Der Prozess der Diagnostik ist eng mit dem therapeutischen Prozess verbunden und kann nicht getrennt vor das Thema der Behandlung gestellt werden.⁴⁵

4.2 Psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung; Alltagserprobung

Die AWMF-S3-Leitlinie macht deutlich, dass – im Gegensatz zu den Festlegungen der Standards der Behandlung und Begutachtung – die Psychotherapie keine zwingende Voraussetzung für körpermodifizierende Behandlungen darstellt. Die Psychotherapie wird in der Leitlinie als Angebot verstanden. Hinsichtlich der Frequenz und Dauer der Begleitung gibt es keine verbindlichen Vorgaben. Dies ist insbesondere deshalb vorteilhaft, da die Nachfrage individuell unterschiedlich ist und auch über den Verlauf hinweg in der Intensität variiert. Meist erfolgt die psychotherapeutische Behandlung über einen längeren Zeitraum. Im Prinzip geht es überdies nicht um eine Therapie, sondern vielmehr um einen „trans*affirmative[n] Coachingprozess“⁴⁶, der eine Unterstützung im weiteren Weg der Transition darstellt, da die Identität nichts mit Krankheit oder Gesundheit zu tun hat.⁴⁷

Einen bedeutenden Aspekt des Prozesses stellt das Erkennen und die Akzeptanz der eigenen Transidentität dar. Ein weiterer Bereich beschäftigt sich mit dem Umgang mit den Eltern. Meist ist das Coming-out des Kindes mit einem gewissen Schock für die Eltern verbunden. Die Therapeut:innen können auch für die Eltern eine signifikante Funktion in der Entwicklung von Akzeptanz, einer positiven Einstellung gegenüber Transidentität und der Unterstützung ihrer Kinder einnehmen. Dies kann dadurch gelingen, indem sie den Eltern fundierte Informationen über Transidentität liefern und auch etwaige Schuldgefühle bezüglich vermeintlicher Erziehungsfehler nehmen. Des Weiteren kann eine regelmäßige oder unregelmäßige Einbeziehung der Eltern in den Coachingprozess ihrer Kinder sinnvoll sein. Besonders relevant ist die Arbeit mit den Eltern, wenn diese negativ auf das Coming-out reagierten. In diesen Fällen fühlen sich die Kinder

⁴⁴ Vgl. DGfS, a.a.O., S. 24.; Rauchfleisch, 2019, a.a.O., S. 34.

⁴⁵ Vgl. Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 121.

⁴⁶ Rauchfleisch, 2019, a.a.O., S. 30.

⁴⁷ Vgl. Rauchfleisch, 2019, a.a.O., S. 29 f.; Pichlo in Groß/Neuschaefer-Rube/Steinmetzer: *Transsexualismus - leistungsgerechte und gutachterliche Kriterien für geschlechtsangleichende somatische Maßnahmen aus Sicht des MDK Nordrhein*, 2008, S. 123; Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 120.

häufig unverstanden, was in der Folge zu Depressionen, Selbstverletzungen und sogar zu Selbstmordgefährdung führen kann.⁴⁸

Insgesamt soll mit der Begleitung erreicht werden, dass die behandlingssuchende Person eine bewusste, selbstbestimmte und abgewogene Entscheidung über den Geschlechtsrollentausch, sowie über nötige somatische Behandlungen treffen kann.⁴⁹

In der Leitlinie von 1997 wurde der sogenannte „Alltagstest“ gefordert, womit gemeint ist, dass die empfundene Geschlechtsidentität im privaten wie im beruflichen Bereich 24 Stunden pro Tag und sieben Tage die Woche gelebt werden sollte. Das Problem hierbei besteht darin, dass die Alltagserprobung zu einer Zeit durchgeführt werden sollte, in der noch keinerlei körperliche Angleichungsmaßnahmen stattgefunden haben. Damit würden trans*Personen quasi dazu gezwungen, sich auf eine Weise in der Öffentlichkeit zu zeigen, in der das Passing⁵⁰ relativ gering ist; und das, obwohl der Alltagstest keinen Härte-test darstellen, sondern sozial verträglich sein sollte. In der AWMF-S3-Leitlinie wird großer Wert darauf gelegt, Rücksicht auf Diskriminierungspotential zu nehmen. Die WPATH hat ebenfalls gefordert, die Alltagserprobung zu streichen, die obligatorisch war und stattdessen die Betroffenen selbst entscheiden zu lassen, ob, wann und in welcher Intensität sie in der entsprechenden Geschlechtsrolle des empfundenen Geschlechts auftreten. Im Alltagstest geht es um die Überprüfung, wie erfolgreich ein Rollenwechsel wäre. Dies bezieht sich auf Mimik, Gestik, Kleidung und soziales Verhalten. Außerdem wird die Person mit Reaktionen aus der Umwelt konfrontiert, lernt mit diesen Reaktionen umzugehen und eignet sich persönliche Kompetenzen an, um in der entsprechenden Geschlechterrolle zu leben. Insbesondere wenn sogenannte Erschwernisfaktoren vorliegen, ist eine längere Alltagserprobung sinnvoll. Das ist u. a. der Fall, wenn die trans*Person unter achtzehn Jahre alt ist. Unter diesem Gesichtspunkt ist es folglich empfehlenswert, sich trotzdem im Vorfeld von möglichen körperlichen Anpassungen weitgehend an die empfundene Rolle anzupassen; auch um das Risiko für Retransitionen zu minimieren.⁵¹

⁴⁸ Vgl. Rauchfleisch, 2019, a.a.O., S. 31.

⁴⁹ Vgl. Pichlo in Groß/Neuschaefer-Rube/Steinmetzer, a.a.O., S. 123.

⁵⁰ Passing bezeichnet die Fähigkeit als das Geschlecht angesehen und akzeptiert zu werden, das nach außen gezeigt wird und mit dem sich die Person identifiziert.

⁵¹ Vgl. Rauchfleisch, 2019, a.a.O., S. 32 f.; Pichlo in Groß/Neuschaefer-Rube/Steinmetzer, a.a.O., S. 124 f.; Strauß/Nieder in Schochow/Gehrmann/Steger, a.a.O., S. 66; Kempf: *Alltagstest (neu: Alltagserfahrungen)*, 2021, verfügbar unter: <https://dgti.org/2021/09/15/alltagstest/#:~:text=Unter%20Alltagstest%20versteht%20die%20E2%80%9ESelbsterfahrung,in%20der%20angestrebten%20Geschlechtsrolle%20lebt.>

4.3 Körperliche Interventionen

Zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie stehen neben Behandlungsmöglichkeiten wie der Änderung des Ausdrucks der Geschlechtlichkeit bzw. der Geschlechterrolle noch weitere zur Verfügung, so z. B. die Hormonbehandlung oder chirurgische Eingriffe. Von besonderer Relevanz vor jeder körperlichen Behandlung ist eine umfassende Überprüfung „der psychischen, familiären und sozialen Situation“⁵², wobei die Dauer und Komplexität jeweils situationsabhängig ist. Die körperlichen Interventionen lassen sich in die Kategorien der vollständig reversiblen, der partiell reversiblen und der irreversiblen Behandlungen einordnen, auf die im Folgenden genauer eingegangen werden soll.

4.3.1 Vollständig reversible Behandlungen

Unter den vollständig reversiblen Behandlungen werden überwiegend die pubertätshemmenden Hormonbehandlungen verstanden. Für diese werden GnRH-Analoga eingesetzt, welche die durch die Pubertät einsetzenden körperlichen Veränderungen verzögern. Das geschieht, indem durch den Einsatz die Produktion von Testosteron bzw. Östrogen unterdrückt wird.⁵³

Maßgeblich für die Behandlung ist nicht das numerische Alter, sondern das individuelle Entwicklungsalter. Die pubertätsunterdrückende Hormonbehandlung kommt in Betracht, sobald die körperlichen Veränderungen, die durch die Pubertät bedingt sind, eingesetzt haben. Jedoch sollten die Betroffenen die Pubertät bis mindestens zum Tanner-Stadium 2 erleben, um dann eine informierte Entscheidung über den pubertären Aufschub treffen zu können.⁵⁴

Zur Erklärung der Tanner-Stadien: die körperlichen Veränderungen während der Pubertät lassen sich nach J. M. Tanner in fünf Stadien, die sogenannten Tanner-Stadien, aufteilen. Dabei wird zwischen Jungen und Mädchen unterschieden. Weiter differenziert Tanner u. a. zwischen der Schambehaarung und der Entwicklung der Genitale bei Jungen und ebenfalls zwischen der Schambehaarung und der Entwicklung der Brust bei Mädchen. Stadium 1 der Entwicklung der Genitale der Jungen beschreibt die Vorpubertät. Es zeichnet sich dadurch aus, dass Hoden, Hodensack und Penis etwa die gleiche Größe und gleiche Proportionen haben, wie in der frühen Kindheit. Im Stadium 2 vergrößern sich der Hoden und der Hodensack. Außerdem rötet sich die Haut des Hodensacks und dessen Struktur verändert sich. Die Größe des Penis verändert sich kaum bis gar nicht. Im Stadium 3 wachsen Hoden und Hodensack, sowie der Penis; letzterer hauptsächlich in der Länge. Stadium 4 zeichnet sich durch weitere Vergrößerung des Hodens

⁵² WPATH, a.a.O., S. 22.

⁵³ Vgl. WPATH, a.a.O., S. 23.

⁵⁴ Vgl. WPATH, a.a.O., S. 23; Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 231.

aus. Die Farbe des Hodensacks verdunkelt sich weiter. Der Penis vergrößert sich in Umfang und Länge. Im 5. Stadium sind Hodensack und Penis ausgewachsen; sie haben die Erwachsenengröße erreicht.⁵⁵

Bei der Entwicklung der weiblichen Brust stellt das Stadium 1 ebenfalls die Vorpubertät dar. Im 2. Stadium entwickelt sich die Brustknospe und das Brustdrüsengewebe wird tastbar. Im 3. Stadium beginnt sich die Brust zu wölben; es besteht keine Trennung der Kontur der Brust und des Warzenhofes. Das ändert sich im 4. Stadium; hier heben sich die Brustwarze und der Warzenhof von der Brustkontur ab. Im 5. Stadium erreicht die Brust ihre Endgröße; auch der Warzenhof weicht in die allgemeine Kontur der Brust zurück.⁵⁶

Die fünf Stadien der Schambehaarung werden nicht getrennt nach Mädchen oder Jungen betrachtet. Im 1. Stadium ist eigentliches Schamhaar noch nicht vorhanden; die Behaarung gleicht der über der Bauchhaut. Während des 2. Stadiums kommt es zum spärlichen Wachstum langer, leicht pigmentierter Haare, die daunenfederartig sind. Im Stadium 3 ist die Behaarung bereits beträchtlich dunkler und auch gröber und stärker gelockt. Außerdem breitet sie sich in geringem Maße über dem Schamdreieck aus. Mit dem 4. Stadium ähnelt die Behaarung bereits der von Erwachsenen, das Haarfeld ist jedoch noch deutlich kleiner. Das Stadium 5 beschreibt die Schambehaarung wie bei Erwachsenen.⁵⁷

Nach den Standards of Care müssen für die Behandlung vier Minimalkriterien erfüllt sein. Diese sind:

- „1. Der/die Jugendliche zeigt ein anhaltendes und starkes Erleben von Geschlechtsnichtkonformität oder Geschlechtsdysphorie (offen oder unterdrückt).
2. Die Geschlechtsdysphorie hat sich mit dem Einsetzen der Pubertät herausgebildet oder verstärkt/verschlimmert.
3. Jegliche gleichzeitig bestehenden psychologischen, medizinischen oder sozialen Probleme, die die Behandlung störend beeinflussen könnten (z. B. die Einhaltung des Behandlungsplans gefährden), wurden angesprochen, sodass die Situation und das Funktionsniveau des/der Jugendlichen stabil genug sind, um mit der Behandlung zu beginnen.
4. Der/die Jugendliche hat sein Einverständnis gegeben und die Eltern oder andere Erziehungsberechtigte bzw. Bezugspersonen haben der Behandlung zugestimmt und sind in

⁵⁵ Vgl. Tanner: *Wachstum und Reifung des Menschen*, 1962, S. 38 f.; Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 269.

⁵⁶ Vgl. Tanner, a.a.O., S. 48; Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 269.

⁵⁷ Vgl. Tanner, a.a.O., S. 40.

den Behandlungsprozess mit einbezogen um den/die Jugendliche(n) zu unterstützen (insbesondere wenn diese/r noch minderjährig ist).“⁵⁸

Ziel der Behandlung ist zum einen, bessere Voraussetzungen für spätere gegengeschlechtliche Maßnahmen zu schaffen aber vor allem auch mehr Zeit zu generieren, um die weitere Entwicklung der Geschlechtsidentität beobachten zu können, ohne dass dies irreversible Folgen mit sich bringt. „Weder die Pubertät zu unterdrücken noch die Pubertät stattfinden zu lassen, ist ein neutrales Geschehen.“⁵⁹ Auf der einen Seite kann die Nichtbehandlung das spätere Leben insofern negativ beeinträchtigen, als dass nicht mehr rückgängig zu machende Geschlechtsmerkmale entstanden sind oder die Pubertät zu anderen nicht oder nur sehr schwer rückgängig machbaren Folgen geführt hat. Daneben spielt die jahrelang erlebte Geschlechtsdysphorie und der damit verbundene Leidensdruck, der durch die Nichtbehandlung verstärkt wird oder verstärkt werden kann, eine bedeutende Rolle. Auf der anderen Seite können durch die Einnahme von GnRH-Analoga negative physische Nebenwirkungen auftreten, etwa in Bezug auf die Knochenentwicklung oder die Körpergröße. Zu beachten ist hierbei, dass Pubertätshemmer dazu führen können, dass Persistenzen verstärkt werden; sprich es ist möglich, dass sich die betroffenen Personen ohne die Behandlung im Laufe der Zeit wieder im Einklang mit ihrem Geburtsgeschlecht hätte befinden können.⁶⁰

Über die Zeit der Behandlung wird entschieden, ob sie entweder abgesetzt wird oder ob sich eine feminisierende bzw. maskulinisierende Hormonbehandlung anschließt. Daraus folgt, dass die Pubertätsunterdrückung nicht zwangsläufig dazu führen muss, dass auch ein Geschlechterrollenwechsel oder geschlechtsangleichende Maßnahmen stattfinden.⁶¹

4.3.2 Partiiell reversible Behandlungen

Bei den partiell reversiblen Behandlungen handelt es sich um die feminisierende bzw. maskulinisierende Hormontherapie, die i. d. R. nicht vor dem sechzehnten Lebensjahr begonnen werden sollte. Grundsätzlich sollten geschlechtsangleichende Hormonbehandlungen nur indiziert werden, wenn sowohl die Patient:innen, beide Eltern, die Kinder- und Jugendpsychiater:innen, alle behandelnde Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen, die Gender-Spezialist:innen und die Kinder-Endokrinolog:innen, sich darüber einig sind, dass der Leidensdruck im Falle einer Nicht-Behandlung zu größeren seelischen Folgeschäden führen würde, als eine mögliche Fehlindikation. Weiter ist zu beachten,

⁵⁸ WPATH, a.a.O., S. 24.

⁵⁹ WPATH, a.a.O., S. 25.

⁶⁰ Vgl. WPATH, a.a.O., S. 25; Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: *Ausarbeitung: Störungen der Geschlechtsidentität und Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen*. WD 9 - 3000 - 079/29, 2019, verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/673948/6509a65c4e77569ee8411393f81d7566/WD-9-079-19-pdf-data.pdf>, S. 21.

⁶¹ Vgl. WPATH, a.a.O., S. 24.

dass nicht zu früh mit einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie begonnen werden sollte, da dies sonst die Diagnostik beeinträchtigen und ggf. eine vorzeitige Festlegung auf das empfundene Geschlecht dadurch bedingt sein kann. Durch die geschlechtsangleichende Hormonbehandlung sind bei Frau-zu-Mann (FzM)-Patienten folgende körperliche Auswirkungen zu erwarten: Zunahme der Gesichts- und Körperbehaarung, Aussetzen der Menstruation, Abnahme des Körperfetts im Vergleich zur Muskelmasse. Durch die Einnahme von Testosteron erfolgt außerdem ein irreversibler Stimmbruch. Bei Mann-zu-Frau (MzF)-Patientinnen sind Brustwachstum, Verringerung der Libido und der Erektion, sowie die Zunahme des Körperfetts im Vergleich zur Muskelmasse zu erwarten. Die meisten körperlichen Veränderungen zeigen sich innerhalb von zwei Jahren, wobei der zeitliche Ablauf und das Ausmaß der Veränderungen stark variieren können.⁶²

Ebenfalls zu erwähnen ist, dass die Behandlungspläne von Jugendlichen erhebliche Unterschiede zu denen von Erwachsenen aufweisen. „Die Hormontherapie für Jugendliche wird so angepasst, dass sie der somatischen, emotionalen und mentalen Entwicklung, die während des Erwachsenwerdens stattfindet, gerecht wird.“⁶³

4.3.3 Irreversible Behandlungen

Die irreversiblen Behandlungen stellen häufig den letzten Behandlungsschritt dar und den am meisten angestrebten. Obwohl auch hier zu betonen ist, dass dieser Schritt nicht von allen trans*Personen als erforderlich angesehen wird, um sich in ihrer Geschlechterrolle und mit ihrer Geschlechtsidentität wohl zu fühlen. Für andere allerdings sind diese von besonderer Bedeutung und von medizinischer Notwendigkeit, um die Geschlechtsdysphorie zu lindern. Wenn nicht bereits von Beginn an klar ist, wie weit die körperliche Anpassung gehen soll, ist es sinnvoll ein schrittweises Vorgehen zu wählen. So wird den Patient:innen mehr Zeit gegeben, um sich langsam in die neue Körperlichkeit einzufinden und dann nach und nach zu entscheiden, welche weiteren körperlichen Interventionen noch nötig sind, damit die Geschlechtskongruenz erreicht wird.⁶⁴

Nach den SOC sollen Operationen am Genitale erst durchgeführt werden, nachdem die Patient:innen volljährig sind. Diese Altersgrenze ist nicht nur als Richtwert anzusehen, sondern als Minimalkriterium. Daneben ist es erforderlich, dass die Personen bereits mindestens zwölf Monate durchgängig in der mit der Geschlechtsidentität übereinstimmenden Geschlechterrolle gelebt haben. Bei FzM-Patienten können Brustoperationen bereits eher durchgeführt werden, allerdings unter den Voraussetzungen, dass der Patient sich bereits seit einem Jahr in der Testosteronbehandlung befindet und schon

⁶² Vgl. Preuss/Resch/Schulte-Markwort, a.a.O., S. 232, 239; WPATH, a.a.O., S. 25, 45; Rauchfleisch, 2019, a.a.O., S. 34; Pichlo in Groß/Neuschaefer-Rube/Steinmetzer, a.a.O., S. 125.

⁶³ WPATH, a.a.O., S. 26.

⁶⁴ Vgl. WPATH, a.a.O., S. 66; Rauchfleisch, 2019, a.a.O., S. 36.

ausreichend lang in der entsprechenden Geschlechterrolle lebt. Auch die Epilation⁶⁵ bei MzF-Patientinnen kann vorgezogen werden, um für eine Erleichterung der Alltagserprobung (falls diese erfolgt), sowie für die Verbesserung der psychosozialen Akzeptanz zu sorgen.⁶⁶

Die Voraussetzungen für eine entsprechende Behandlung sind abhängig davon, was genau gewünscht wird.

Die chirurgischen Behandlungen der Geschlechtsdysphorie stellen keine elektiven Behandlungsmaßnahmen dar. Elektive Behandlungen sind solche, die nicht notfallmäßig durchgeführt, empfohlen werden, bei denen der Zeitpunkt der Operation aber keinen Einfluss auf die Gesundheit der Patient:innen und auf das Ergebnis des Eingriffs hat. Bei diesen Behandlungen würde ein Einwilligungungsvertrag genügen.⁶⁷ Bei den Operationen der Brust bzw. der Genitalen handelt es sich um medizinisch notwendige Maßnahmen. Die Durchführung darf erst nach einer Einschätzung von qualifizierten Fachkräften für psychische Gesundheit erfolgen. Dadurch wird sichergestellt, dass die Verantwortung, die mit der Entscheidung über irreversible Maßnahmen einhergeht auf die Patient:innen, die Chirurg:innen und die Fachkräfte für psychische Gesundheit verteilt wird.⁶⁸

4.4 Nachbetreuung

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung sollte nicht nach einer Indikation für geschlechtsangleichende Operationen beendet sein, sondern auch darüber hinaus fortgesetzt oder wenigstens angeboten werden. Denn infolge der Operation können postoperativen Entlastungsdepressionen oder durch enttäuschte Erwartungen eine psychische Krise entstehen. Es kann auch sein, dass es erst postoperativ möglich ist, tiefere Konflikte, die mit der Transidentität verbunden sind, psychotherapeutisch zu be- bzw. verarbeiten.⁶⁹

4.5 Vornamens- und Personenstandsänderung

Mit dem Transitionsprozess steht i. d. R. die Vornamens- und Personenstandsänderung in Verbindung. Für diese werden gutachterliche Stellungnahmen benötigt, was eine „nicht zu akzeptierende Fremdbestimmung“⁷⁰ darstellt. Eine geplante Änderung in Deutschland stellt das Selbstbestimmungsgesetz dar, durch das eine Änderung des Geschlechtseintrags beim Standesamt, grundsätzlich per Selbstauskunft ermöglicht werden soll. Bei Kindern ist zu beachten, dass eine Vornamensänderung schon vor der

⁶⁵ Damit ist die dauerhafte Haarentfernung bspw. der Barthaare gemeint.

⁶⁶ Vgl. WPATH, a.a.O., S. 26; Pichlo in Groß/Neuschaefer-Rube/Steinmetzer, a.a.O., S. 127.

⁶⁷ Vgl. Käding/Mantz in Georg Thieme Verlag: *Perioperative Pflege*, 2015, S. 743; WPATH, a.a.O., S. 67.

⁶⁸ Vgl. WPATH, a.a.O., S. 67.

⁶⁹ Vgl. Pichlo in Groß/Neuschaefer-Rube/Steinmetzer, a.a.O., S. 127.

⁷⁰ Rauchfleisch, 2019, a.a.O., S. 37.

Personenstandsänderung möglich ist. Dadurch wird eine Erleichterung ihrer Situation bspw. in der Schule oder in Sportgruppen erreicht.⁷¹

⁷¹ Vgl. SPD/BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN/FDP: *Koalitionsvertrag*, 2021, verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, S. 119; Rauchfleisch, 2019, a.a.O., S. 37.

5 Das Verhältnis des Selbstbestimmungsrechts der Minderjährigen und des Elternrechts

Im Idealfall stimmt der Wille der/des Minderjährigen mit dem der Eltern überein und das Verhältnis des Selbstbestimmungsrechts und des Elternrechts spielen praktisch keine Rolle. Problematisch wird es, wenn die Auffassungen auseinander gehen. Im Folgenden soll deshalb zunächst untersucht werden, aus welchen Rechtsgrundlagen sich ein Selbstbestimmungsrecht der Minderjährigen herleitet und anschließend in welchem Verhältnis dieses zum Elternrecht steht. Insbesondere soll darauf eingegangen werden, wie mögliche Lösungen im Konfliktfall aussehen können.

Im Kern geht es darum zu klären, wer bei ärztlichen Eingriffen letztendlich entscheidet, wobei als ärztliche Eingriffe nicht nur solche zu werten sind, die mit Operationen verbunden sind, sondern auch solche, bei denen kein physikalisches Eindringen in die körperliche Substanz erfolgt, wie etwa bei der Hormonbehandlung.⁷²

Die rechtliche Grundlage für die Transition bildet in Deutschland das „Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen“ oder kurz das Transsexuellengesetz (TSG). Dieses beschäftigt sich allerdings nicht mit den rechtlichen Aspekten der Hormonbehandlung oder chirurgischen Eingriffen. Auch eine gesetzliche Altersgrenze existiert nicht. Maßgebend ist die Einwilligungsfähigkeit der trans*Person.⁷³

5.1 Das Selbstbestimmungsrecht der Minderjährigen

Nachfolgend soll geklärt werden, aus welchen Rechtsgrundlagen sich das Recht auf Selbstbestimmung der Minderjährigen insbesondere in Bezug auf ihre sexuelle Identität und ihren Körper herleitet. In Betracht kommt hier Art. 2 Abs. 1 GG, der die allgemeine Handlungsfreiheit und das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst.⁷⁴

5.1.1 Das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit

Das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit ergibt sich aus Art. 2 Abs. 1 GG:

„Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“

Dieses Recht ist ein Menschenrecht, was aus der Bezeichnung „Jeder“ hervorgeht. Die Anwendung setzt kein bestimmtes Lebensalter voraus. Grundrechtsträger:in ist jede natürliche Person. Folglich fallen auch Kinder bzw. Minderjährige unter den Schutzbereich

⁷² Vgl. Rouka: *Das Selbstbestimmungsrecht des Minderjährigen bei ärztlichen Eingriffen*, 1996, S. 77 f.

⁷³ Vgl. Schneider/Frister/Olzen, a.a.O., S. 305.

⁷⁴ Vgl. Rixen in Sachs: *Art. 2*, 2021, Rn. 41.

des Art. 2 Abs. 1 GG.⁷⁵ Häufig wird im Zusammenhang mit Minderjährigen davon ausgegangen, dass diese viele Grundrechte erst ausüben können, sobald sie *grundrechtsmündig* sind. Aus dem Grundgesetz ergeben sich dafür allerdings keine Anhaltspunkte und auch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) verwendet den Begriff nicht. Grundsätzlich besitzt also jeder Grundrechtsträger/jede Grundrechtsträgerin auch die Berechtigung dieses auszuüben. Unter anderem besteht bei Minderjährigen jedoch das Problem, dass sie dazu häufig faktisch nicht in der Lage sind.⁷⁶

Mit dem Ausdruck „Persönlichkeit“ wird die Individualität geschützt, nicht das Individuum. Mit dem Begriff „Entfaltung“ ist gemeint, dass den Menschen ermöglicht werden sollte, so zu leben, wie es nach ihrer inneren Überzeugung richtig ist. Es indiziert die individuelle Autonomie. Von Relevanz ist die Selbst- und eben nicht die Fremdbestimmung.⁷⁷ Die allgemeine Handlungsfreiheit schützt im umfassenden Sinne die Handlungsfreiheit des Einzelnen. Dabei spielt es keine Rolle, inwieweit die Betätigung tatsächlich der Persönlichkeitsentfaltung dient.⁷⁸ Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass Minderjährige unstrittig Menschen sind und insofern das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit auf sie anwendbar ist; sie also unter den persönlichen Schutzbereich fallen. Weiter wird mit Körpermodifikationen ein Handeln angestrebt, das der Selbstentfaltung dient, wodurch dieses folglich unter den sachlichen Schutzbereich des Grundrechtes fällt.

Wie jedes Grundrecht unterliegt auch Art. 2 Abs.1 GG gewissen Schranken. Hier dem sogenannten Schrankentrias, das aus den Rechten anderer, der verfassungsmäßigen Ordnung und dem Sittengesetz besteht.

Mit den Rechten anderer sind die Grundrechte anderer Grundrechtsträger:innen gemeint oder solche Rechte, die grundrechtsgleich sind. Reine Interessen Dritter genügen nicht.⁷⁹

Die verfassungsmäßige Ordnung meint die „gesamte Rechtsordnung, soweit sie ihrerseits mit der Verfassung in Einklang steht, sowohl unter formellen als auch materiellen, dh [sic!] inhaltlichen Gesichtspunkten.“⁸⁰ Zur verfassungsmäßigen Ordnung zählt ebenfalls das primäre und sekundäre Unionsrecht, sofern es unmittelbar auf den Einzelnen/die Einzelne anwendbar ist. Über die materielle Rechtmäßigkeit entscheidet jeweils der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.⁸¹

⁷⁵ Vgl. Kunig/Kämmerer in Münch/Kunig: *Art. 2*, 2020, Rn. 14; Jarass in Jarass/Kment/Pieroth: *Art. 2*, 2020a, Rn. 6.

⁷⁶ Vgl. Jarass in Jarass/Kment/Pieroth: *Art. 19*, 2020c, Rn. 13.

⁷⁷ Vgl. Kunig/Kämmerer in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 19 f.; Rixen in Sachs, a.a.O., Rn. 45.

⁷⁸ Vgl. Jarass in Jarass/Kment/Pieroth, 2020a, a.a.O., Rn. 5.

⁷⁹ Vgl. Kunig/Kämmerer in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 42; Jarass in Jarass/Kment/Pieroth, 2020a, a.a.O., Rn. 14.

⁸⁰ Kunig/Kämmerer in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 44.

⁸¹ Vgl. Kunig/Kämmerer in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 45.

Das Sittengesetz ist auf vorwiegend christlich geprägte Moralvorstellungen zu beziehen, da diese zum Zeitpunkt der Verfassungsgebung sehr ausgeprägt waren. Dadurch, dass im Laufe der Zeit praktisch alle Lebensbereiche normiert wurden und auch die Schranke der verfassungsmäßigen Ordnung vom BVerfG weit ausgelegt wird, ist der Rückgriff auf das Sittengesetz als eigenständige Schrankennorm kaum noch von Relevanz. Außerdem besteht die Annahme, dass, wenn „unmoralisches“ Verhalten nicht sanktioniert, dessen Hinnahme praktisch intendiert wird.⁸² Hinzu kommt, dass sich das BVerfG seit 1978 in keiner Senatsentscheidung mehr mit dem Sittengesetz befasst hat.⁸³

Mit der freien Ausübung des Grundrechtes auf Entfaltung der Persönlichkeit durch die Minderjährigen könnte das Elternrecht, das sich aus Art. 6 Abs. 2 GG ergibt, oder das Recht auf elterliche Sorge nach § 1626 BGB verletzt sein. Dies wird im Folgenden im Kapitel 5.3 näher betrachtet.

„Die sexuelle Identität und Orientierung [...] werden [...] nicht von der allgemeinen Handlungsfreiheit umfasst, sondern sind als Teil der Intimsphäre durch das allgemeine Persönlichkeitsrecht [...] geschützt“⁸⁴. Jedoch ist eine exakte Abgrenzung der Grundrechte in diesem Bereich kaum möglich.⁸⁵ Aus diesem Grund wurde zunächst auf Art. 2 Abs. 1 GG eingegangen.

5.1.2 Das allgemeine Persönlichkeitsrecht

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht leitet sich aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG ab. Es handelt sich um ein eigenständiges unbenanntes Freiheitsrecht, das durch richterliche Rechtsfortbildung etabliert wurde.⁸⁶ Es geht hierbei „nicht um die ‚kumulative‘ Anwendung zweier Grundrechte“⁸⁷. Aus Art. 2 Abs. 1 GG ergibt sich das allgemeine Persönlichkeitsrecht als subjektives Recht. Art. 1 Abs. 1 GG ist als Interpretationsrichtlinie zu beachten, wenn es um den Gewährleistungsumfang und die Bestimmung des Inhalts des Grundrechts geht.⁸⁸

Mit dem Grundrecht wird das Sein der Person geschützt, nicht nur das Tun.⁸⁹ „Das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und die Menschenwürde sichern jedem Einzelnen einen autonomen Bereich privater Lebensgestaltung, in dem er seine Individualität entwickeln und wahren kann“⁹⁰.

⁸² Vgl. Kunig/Kämmerer in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 46 f.; Jarass in Jarass/Kment/Pieroth, 2020a, a.a.O., Rn. 15.

⁸³ Vgl. Kunig/Kämmerer in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 49.

⁸⁴ Kunig/Kämmerer in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 50.

⁸⁵ Vgl. ebd.

⁸⁶ Vgl. Rixen in Sachs, a.a.O., Rn. 64; Kunig/Kämmerer in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 52.

⁸⁷ Kunig/Kämmerer in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 52.

⁸⁸ Vgl. Rixen in Sachs, a.a.O., Rn. 63.

⁸⁹ Vgl. Rixen in Sachs, a.a.O., Rn. 59.

⁹⁰ Bundesverfassungsgericht, Urteil, 31.01.1989, Az. 1 BvL 17/87, Rn. 53.

Umfasst von diesem Recht wird der Schutz des kulturellen und ideellen Bereichs und die Intimsphäre.⁹¹ Das Grundrecht gliedert sich in „verschiedene persönlichkeitsbezogene Rechtsverbürgungen“⁹². Eine Ausprägung ist das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung, das sich sowohl auf die Identität als auch auf die sexuelle Orientierung bezieht. Diese Rechte sind nicht vorbehaltlos gewährleistet. Eingriffe müssen hingenommen werden, sofern sie im überwiegenden Interesse der Allgemeinheit liegen oder sie „im Hinblick auf grundrechtlich geschützte Interessen Dritter unter strikter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgebots ergriffen werden“⁹³. Der Kernbereich privater Lebensgestaltung ist absolut geschützt. Ob von diesem gesprochen werden kann ist davon abhängig, ob ein Sachverhalt höchstpersönlichen Charakters ist, aber ebenso, inwieweit er die Sphäre anderer oder Interessen der Gemeinschaft berührt.⁹⁴ Das Recht sein Zugehörigkeitsempfinden zu einem Geschlecht, das nicht mit dem Geburtseintrag übereinstimmt, auch äußerlich zu zeigen, etwa durch die Wahl eines zu dem empfundenen Geschlecht passenden Namens, wird vom allgemeinen Persönlichkeitsrecht geschützt.⁹⁵

Im Fall der geschlechtsangleichenden Maßnahmen der Jugendlichen lässt sich wohl von einem höchstpersönlichen Sachverhalt sprechen, da es um ihren eigenen Körper geht und sie den Wunsch haben, ihr äußeres Erscheinungsbild ihrem empfundenen Geschlecht anzupassen bzw. im Fall der Behandlung mit Hormonblockern, die Entwicklung des Körpers entsprechend dem biologischen Geschlecht zunächst zu unterbinden. Bei dem Gefühl geht es wie bereits oben festgestellt um eine feste innere Überzeugung, die auf den höchstpersönlichen Charakter schließen lässt.

Wie die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 1 GG und die Menschenwürde, Art. 1 Abs. 1 GG, ist auch das allgemeine Persönlichkeitsrecht ein Menschenrecht. Es steht folglich Minderjährigen gleichermaßen zu. Wenn diese es nicht wahrnehmen können, übernehmen es die Erziehungsberechtigten stellvertretend. Maßgebend für die Beurteilung ist das Merkmal der „entfaltungsfähigen Persönlichkeit“⁹⁶.

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht findet keine Anwendung, wenn ein Tatbestand bereits durch ein anderes Grundrecht geschützt ist. Insoweit hat es teil an der Subsidiarität des Art. 2 Abs. 1 GG.⁹⁷ Prinzipiell steht das allgemeine Persönlichkeitsrecht „in Parallele zu den sonstigen speziellen Freiheitsrechten“⁹⁸. Zum Teil konkurriert es mit anderen Freiheitsrechten, zum Teil reichert es diese aber auch an, so bspw. die Berufsfreiheit.⁹⁹

⁹¹ Vgl. Kunig/Kämmerer in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 24.

⁹² Kunig/Kämmerer in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 53.

⁹³ Bundesverfassungsgericht, Beschluss, 26.02.2008, Az. 2 BvR 392/07, Rn. 33.

⁹⁴ Vgl. Bundesverfassungsgericht, Az. 2 BvR 392/07, a.a.O., Rn. 33.

⁹⁵ Vgl. Kunig/Kämmerer in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 62.

⁹⁶ Kunig/Kämmerer in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 83.

⁹⁷ Vgl. Kunig/Kämmerer in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 59.

⁹⁸ Jarass in Jarass/Kment/Pieroth, 2020a, a.a.O., Rn. 38.

⁹⁹ Vgl. ebd.

Im Verhältnis zum Freiheitsrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit tritt es allerdings als Spezialgrundrecht auf¹⁰⁰ und ist folglich vorrangig anzuwenden. Ein anderes Grundrecht, aus dem sich ein Selbstbestimmungsrecht der Jugendlichen ergibt, ist nicht ersichtlich, weswegen hier Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG grundsätzlich anwendbar ist.

Das Schrankentrias des Art. 2 Abs. 1 GG bildet dem Grunde nach ebenso die Schranken für das allgemeine Persönlichkeitsrecht. Allerdings unterscheiden sich die Handhabungen. Aufgrund des Inhalts des allgemeinen Persönlichkeitsrechts sind Verstöße gegen das Sittengesetz und gegen die Rechte anderer von Beginn an ausgeschlossen. Grundsätzlich kann das Recht trotz seiner Verbindung zu Art. 1 Abs. 1 GG, der unantastbar ist, eingeschränkt werden. Jedoch unterliegen diese Einschränkungen im Rahmen der Prüfung der Verhältnismäßigkeit verstärkten Rechtfertigungsanforderungen.¹⁰¹

5.1.3 Die Einwilligungsfähigkeit als Voraussetzung für die Grundrechtsausübung im konkreten Fall

Nach § 630d Abs. 1 BGB ist vor der Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere wenn es sich um einen Eingriff in den Körper oder die Gesundheit handelt, die Einwilligung der Patient:innen einzuholen. Aufgrund dieser Regelung setzt die freie Ausübung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts der Minderjährigen ihre Einwilligungsfähigkeit voraus. Aus diesem Grund soll im Folgenden näher darauf eingegangen werden.

Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) stellt die „Einwilligung zu einem Eingriff in die körperliche Integrität [...] [keine] Einwilligung im Sinne des § 183 BGB“¹⁰² dar. Es handelt sich hierbei nicht um die Zustimmung zu einem Rechtsgeschäft, sondern um personenrechtliche Gestattungen, wozu eben auch die Einwilligung in ärztliche Heileingriffe zählt. Man spricht ferner von geschäftsähnlichen Handlungen. Aus diesem Grund ist die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit maßgeblich und nicht die Vorschriften der §§ 107 ff. BGB. Diese sind nicht unmittelbar auf die Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen anwendbar.¹⁰³ Der Unterschied zwischen rechtsgeschäftlichen Willenserklärungen und geschäftsähnlichen Handlungen besteht darin, dass letztere auf einen tatsächlichen Erfolg gerichtet sind und nicht auf einen rechtlichen. Dieser tatsächliche Erfolg liegt in der Vornahme der medizinischen Maßnahme. Jeder Heileingriff erfüllt den Tatbestand der Körperverletzung, da dies einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit darstellt, auch wenn er indiziert ist. Die Einwilligung stellt gleichzeitig die Rechtfertigung der

¹⁰⁰ Vgl. Rixen in Sachs, a.a.O., Rn. 64.

¹⁰¹ Vgl. Kunig/Kämmerer in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 86; Rixen in Sachs, a.a.O., Rn. 103.

¹⁰² Bundesgerichtshof, Urteil, 05.12.1958, Az. VI ZR 266/57.

¹⁰³ Vgl. Bundesgerichtshof, Az. VI ZR 266/57 a.a.O.; Rouka, a.a.O., S. 87; Schneider/Frister/Olzen, a.a.O., S. 233.

Körperverletzung dar, weswegen ihr eine besondere Bedeutung zukommt. Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung ist die Einwilligungsfähigkeit der Person.¹⁰⁴

Die Einwilligungsfähigkeit ist weder von der Volljährigkeit noch von der Geschäftsfähigkeit abhängig, sondern davon, ob die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit vorhanden ist. Ein wesentliches Kriterium stellt hierbei die Fähigkeit dar, Entscheidungen ohne äußere Einflüsse treffen zu können. Es geht also um selbstbestimmte Entscheidungen. Voraussetzung für diese ist eine umfassende Aufklärung.¹⁰⁵

Unter der Einwilligungsfähigkeit wird die geistige, sittliche und verstandesgemäße Reife verstanden, um die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs zu erkennen. Weiter spielt die Urteilskraft eine Rolle, die ermöglicht, pro und contra abzuwägen und letztlich die Fähigkeit nach der eigenen Einsicht zu handeln. Von zentraler Bedeutung ist auch die Fähigkeit erkennen zu können, welche Folgen mit der Entscheidung verbunden sind. Zunächst ist es erforderlich, dass die Patient:innen die erhaltenen Informationen verstehen, diese rational verarbeiten können, anschließend eine objektive und subjektive Bewertung vornehmen und im Ergebnis nach ihrer Einsicht entscheiden können.¹⁰⁶ Feste Altersgrenzen kommen hier zwar nicht in Betracht, allerdings ist es wohl kaum möglich die Einwilligungsfähigkeit einer Person, die das sechzehnte Lebensjahr vollendet hat, ohne weiteres zu verneinen. Bei der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit steht den Ärzten ein eigener Beurteilungsspielraum zu. Dies ist zwar praxisnah, aber durchaus nicht zweifelsfrei.¹⁰⁷ Bereits vor konkreten Entscheidungen sollte festgestellt werden, ob die Einwilligungsfähigkeit des/der Minderjährigen vorliegt oder nicht, damit die Wertvorstellungen bzw. die Auffassung des Arztes/der Ärztin darüber was richtig oder falsch ist nicht (unterbewusst) in die Beurteilung einfließen.¹⁰⁸

5.2 Das Elternrecht und die elterliche Sorge

Die elterliche Sorge, die sich aus § 1626 BGB ergibt, weist zwar einen Bezug zum Elternrecht aus Art. 6 Abs. 2 GG auf, ist jedoch nicht mit diesem identisch.¹⁰⁹ Im Folgenden soll deshalb getrennt auf beide Rechte eingegangen werden.

5.2.1 Das Elternrecht aus Artikel 6 Grundgesetz

Art. 6 GG enthält Menschenrechte. Sie stehen natürlichen Personen, unabhängig von der Staatsangehörigkeit zu. Grundsätzlich gelten die Rechte aus Art. 6 GG

¹⁰⁴ Vgl. Schneider/Frister/Olzen, a.a.O., S. 233; Rouka, a.a.O., S. 2.

¹⁰⁵ Vgl. Rouka, a.a.O., S. 111 f.; May/Westermann in Groß/Neuschaefer-Rube/Steinmetzer: *Anmerkungen zum Behandlungswunsch transsexueller Minderjähriger*, 2008, S. 26 ff.

¹⁰⁶ Vgl. Schneider/Frister/Olzen, a.a.O., S. 234, 241.

¹⁰⁷ Vgl. Spickhoff: *Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit von Minderjährigen im Kontext medizinischer Behandlungen*. *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht*, 2018, S. 419.

¹⁰⁸ Vgl. May/Westermann in Groß/Neuschaefer-Rube/Steinmetzer, a.a.O., S. 25.

¹⁰⁹ Vgl. Rouka, a.a.O., S. 27.

schränkenlos. Auf sie kann lediglich eingegriffen werden, wenn sie mit anderem Verfassungsrecht kollidieren.¹¹⁰ Aus Art. 6 GG ergibt sich unter anderem das Elternrecht, das sich im 2. Absatz wiederfindet:

„Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.“

Durch Art. 6 Abs. 2 GG sind grundsätzlich alle Formen der Eltern-Kind-Beziehung umfasst. Mit Kindern sind in dem Zusammenhang nicht zwangsläufig Minderjährige gemeint. Der Begriff beschreibt die den Eltern folgende nächstjüngere Generation. Aufgrund der Begriffe Pflege und Erziehung lässt sich allerdings darauf schließen, dass der Artikel sich auf Minderjährige bezieht.¹¹¹

Bei der Definition der einzelnen Begriffe, die in der Formulierung des Gesetzes enthalten sind, kommt es nicht darauf an, wie diese zur Zeit der Entstehung der Norm definiert wurden. Vielmehr kommt es darauf an, wie sie heute in der Gesellschaft gelebt werden. In dieser Form werden sie durch Art. 6 GG geschützt. Der soziale Wandel muss folglich berücksichtigt werden. Den Wandel der Bedeutung der Begriffe bzw. der Grundrechte nennt man teilweise Verfassungswandel. Dahinter verbirgt sich, dass die Bedeutung eines Gesetzes sich ändert, obwohl der Wortlaut gleichbleibt.¹¹²

Wer genau mit dem Begriff Eltern gemeint ist, kann strittig sein. Nach überwiegender Auffassung kann die Elternstellung durch verschiedene Bindungen zwischen Kind und Elternteil beruhen. Im verfassungsrechtlichen Sinne ist es für ein Kind folglich möglich, mehrere Väter und Mütter zu haben. Im Fall einer Adoption bspw. hat das Kind biologische Eltern und rechtlich-soziale.¹¹³ Es wird weiter überwiegend angenommen, dass die biologischen und genetischen Elternteile von Art. 6 Abs. 2 GG erfasst sind. Hinzu kommen die Menschen, die den Kindern „einfachrechtlich als Eltern zugeordnet sind“¹¹⁴.

Unter Pflege wird „die Sorge für das körperliche Wohl des Kindes“¹¹⁵ verstanden. Erziehung beschreibt Maßnahmen für die seelisch-geistige Entwicklung und auch für Bildung und Ausbildung. Außerdem umfasst dies gleichermaßen die Weltanschauung. Eine eindeutige Trennung ist aufgrund des Zusammenspiels nicht möglich, weswegen Pflege und Erziehung als einheitlicher Begriff verstanden wird bzw. werden sollte.¹¹⁶

Das Elternrecht gliedert sich in zwei Aspekte: das Einwirkungsrecht und das Wahrnehmungsrecht. Unter dem Einwirkungsrecht wird das Handeln gegenüber dem Kind

¹¹⁰ Vgl. Heiderhoff in Münch/Kunig: *Art. 6*, 2020, Rn. 5 f.

¹¹¹ Vgl. Coelln in Sachs: *Art. 6*, 2021, Rn. 52; Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 131.

¹¹² Vgl. Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 8 ff.

¹¹³ Vgl. Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 110.

¹¹⁴ Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 112.

¹¹⁵ Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 136.

¹¹⁶ Vgl. ebd.; Coelln in Sachs, a.a.O., Rn. 60.

verstanden. Das bedeutet nicht, dass die Eltern ihren Kindern Dinge erlauben können, die allgemein für jeden verboten sind. Jedoch können die Eltern bestimmte Verhaltensweisen verbieten, die prinzipiell erlaubt sind. Beim Wahrnehmungsrecht handelt es sich nicht um eine „Einwirkung *auf* das Kind, sondern ein Handeln *für* das Kind“¹¹⁷. Durch die Eltern werden Rechte und Pflichten gegenüber Dritten oder dem Staat wahrgenommen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass die Rechte der Kinder zu denen der Eltern erklärt werden.¹¹⁸

Das Elternrecht dient vorrangig dem Schutz des Kindes. Dahinter steckt die Überlegung, dass den Eltern in aller Regel „das Wohl des Kindes mehr am Herzen liegt als irgendeiner anderen Person oder Institution“¹¹⁹. Hierdurch wird insbesondere die Bedeutung des Wohles des Kindes deutlich. Trotz der Tatsache, dass das Recht auf das Kindeswohl ausgerichtet ist, stellt es ein eigenes Recht der Eltern dar. Die erzieherische Tätigkeit der Eltern orientiert sich in den meisten Fällen nicht an objektivierbaren Kindesinteressen, sondern an den Vorstellungen, die Eltern davon haben; diese sind häufig äußerst unterschiedlich. Durch die Erziehung wird auch die eigene Existenz ein Stück weit verwirklicht.¹²⁰

Es handelt sich bei der Norm allerdings nicht nur um ein Grundrecht, sondern gleichermaßen um eine Grundpflicht. Mit dem Recht zur Erziehung und Pflege geht gleichzeitig auch die Pflicht zu dieser Tätigkeit gegenüber dem Kind einher. Dieses dienende Grundrecht ist zum Wohle des Kindes zu nutzen.¹²¹ In Art. 6 Abs. 2 „sind Recht und Pflicht von vornherein unlöslich miteinander verbunden“¹²². Die Pflicht begrenzt das Recht nicht, sondern ist ein wesensbestimmender Bestandteil dessen. Folglich ist es treffender, von Elternverantwortung zu sprechen.¹²³

Das BVerfG begründet das Bestehen der Pflicht ebenfalls wie folgt:

„Eine Verfassung, welche die Würde des Menschen in den Mittelpunkt ihres Wertsystems stellt, kann bei der Ordnung zwischenmenschlicher Beziehungen grundsätzlich niemandem Rechte an der Person eines anderen einräumen, die nicht zugleich pflichtgebunden sind und die Menschenwürde des anderen respektieren.“¹²⁴

Von dem Recht geschützt ist die „Verantwortung für die Lebens- und Entwicklungsbedingungen des Kindes“¹²⁵ und außerdem die Berechtigung, die Methoden und Ziele der

¹¹⁷ Coelln in Sachs, a.a.O., Rn. 61.

¹¹⁸ Vgl. Coelln in Sachs, a.a.O., Rn. 62.

¹¹⁹ Bundesverfassungsgericht, Urteil, 19.02.2013, Az. 1 BvL 1/11, Rn. 49.

¹²⁰ Vgl. Coelln in Sachs, a.a.O., Rn. 74.

¹²¹ Vgl. Coelln in Sachs, a.a.O., Rn. 53; Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 103.

¹²² Bundesverfassungsgericht, Beschluss, 29.07.1968, Az. 1 BvL 20/63, 31/66 und 5/67, Rn. 60.

¹²³ Vgl. ebd.

¹²⁴ Bundesverfassungsgericht, Az. 1 BvL 20/63, 31/66 und 5/67, a.a.O., Rn. 61.

¹²⁵ Jarass in Jarass/Kment/Pieroth: *Art. 6*, 2020b, Rn. 42.

Erziehung festzulegen. Allerdings müssen bei der Bestimmung der Erziehungsziele die Schranken des Art. 2 Abs. 1 GG (die Rechte anderer, die verfassungsmäßige Ordnung und das Sittengesetz) beachtet werden. Grundsätzlich werden durch das Grundgesetz keine Erziehungsmethoden und nur sehr wenige Erziehungsziele vorgegeben.¹²⁶

Die Eltern sind ebenfalls für den Körper und die Gesundheit ihrer Kinder verantwortlich. Dazu gehört auch die Einwilligung in medizinische Behandlungen, sowie der Abschluss von Behandlungsverträgen. Die Pflichtbindung ist hier besonders stark ausgeprägt, da insbesondere die Grundrechte des Kindes betroffen sind.¹²⁷ Aufgrund des höchstpersönlichen Charakters des Rechts auf körperliche Unversehrtheit ist bei medizinischen Eingriffen die Einwilligung des Kindes erforderlich, sofern dieses ausreichend einsichtsfähig ist. Zu beachten ist die konkrete Reife; auch aus diesem Grund kommen feste Altersgrenzen nicht in Betracht. Von besonderer Relevanz ist die Eigenzuständigkeit, wenn die medizinischen Maßnahmen die Persönlichkeitsentfaltung bzw. -entwicklung des Kindes im Kernbereich betreffen; so etwa bei Maßnahmen, die das Geschlecht betreffen. Keine eindeutige Meinung besteht darüber, ob den Eltern ein Vetorecht zusteht bzw. die Notwendigkeit ihrer Einwilligung. Dafür spricht, dass es durchaus denkbar ist, dass ein Kind zwar bereits voll mitentscheiden kann, allerdings nicht die Alleinverantwortung tragen sollte. Durch dieses Verständnis würde außerdem die elterliche Unterstützung gesichert, die sich aus Art. 6 Abs. 2 GG ergibt. Außerdem würde so sichergestellt, dass dem Kind nicht zu früh zu viel Verantwortung übertragen wird. Sofern das Kind noch nicht einwilligungsfähig ist, steht den Eltern ein erheblicher Entscheidungsspielraum zu.¹²⁸

Bei Kindern, die sich nicht ihrem biologischen Geschlecht zugehörig fühlen, ist bei zu ergreifenden Maßnahmen die Selbstbestimmungsfähigkeit äußerst sorgfältig zu ermitteln und zu berücksichtigen. Den Wahrnehmungen und Wünschen der Kinder ist angemessen Rechnung zu tragen. Hierbei ist allerdings nicht der klassische Kindeswille gemeint. Vielmehr geht es „um die Diagnostik der Abweichung, für welche die Empfindung des Kindes entscheidend ist.“¹²⁹

Grundrechtsträger:innen sind die Eltern, jeweils einzeln. Sie unterliegen in der Ausübung allerdings der Gemeinschaftsbindung. Es wird davon ausgegangen, dass für die Ausübung nur eine Mutter und ein Vater berechtigt ist. Es gibt allerdings Sonderfälle.¹³⁰ Das Elternrecht bewirkt, dass insbesondere die Handlungsfreiheit des Kindes der elterlichen Bestimmung unterliegt; zumindest so lange, wie das Kind noch nicht selbstbestimmt

¹²⁶ Vgl. Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 140; Coelln in Sachs, a.a.O., Rn. 63.

¹²⁷ Vgl. Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 143.

¹²⁸ Vgl. Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 173 ff.

¹²⁹ Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 235.

¹³⁰ Vgl. Coelln in Sachs, a.a.O., Rn. 54; Jarass in Jarass/Kment/Pieroth, 2020b, a.a.O., Rn. 46.

entscheiden kann. Die zunehmende Reife muss angemessene Berücksichtigung finden. Das Recht der Kinder auf Erziehung und Pflege durch die Eltern ergibt sich nicht unmittelbar aus Art. 6 Abs. 2 GG, sondern geht aus seinem/ihrem allgemeinen Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG hervor. Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG konkretisiert insofern das allgemeine Persönlichkeitsrecht. Hieraus ergibt sich die Grundrechtsposition des Kindes.¹³¹ „Das elterliche Erziehungsrecht nimmt ab, je mehr das Kind eigenverantwortlich handeln kann“¹³². Dieses Erziehungsrecht endet jedenfalls mit der Volljährigkeit des Kindes.

Eine negative Freiheit der Eltern, das Recht nicht auszuüben, besteht aufgrund der Pflichtbindung der Eltern nicht. Aus der Pflichtgebundenheit ergibt sich ebenso, dass das Kindeswohl im Fall einer Abwägung dem Elternrecht immer vorgeht.¹³³

Durch das Wort *zuvörderst* wird deutlich, dass die Eltern Vorrang bei der Pflege und Erziehung haben, aber ebenfalls, dass daneben noch der Staat steht, der ebenfalls Pflichten und Aufgaben hinsichtlich der Erziehung der Kinder hat. Auch solche, die unabhängig vom Wächteramt bestehen. Die Pflicht orientiert sich am Kindeswohl und wird durch dieses begrenzt. Grundsätzlich stellt Art. 6 Abs. 2 GG ein Abwehrrecht der Eltern gegen den Staat dar.¹³⁴

Das staatliche Wächteramt ergibt sich aus Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG. Es kommt im Fall von Überschreitungen der Grenzen seitens der Eltern zum Tragen. Klare Grenzen werden jedoch nicht genannt. Generell greift die Schutzpflicht, wenn das Kindeswohl gefährdet ist.¹³⁵ Das Kindeswohl für die Schrankenziehung zu verwenden, ist allerdings eher ungünstig, da dieser Begriff sehr offen und subjektiv sehr unterschiedlich beurteilbar ist.¹³⁶ Umstritten ist, ob das Wächteramt des Staates als Schranke anzusehen ist oder nicht, da das Elternrecht prinzipiell dort endet, wo sie nicht mehr in der Lage sind ihre Pflichten ausreichend wahrzunehmen.¹³⁷ Zum Eingriff berechtigt nur eine nachhaltige Gefährdung, nicht jede Nachlässigkeit reicht allein aus. Auch legitime öffentliche Interessen oder der Gedanke die Situation zu optimieren, genügt nicht.¹³⁸ Das Wächteramt folgt „aus dem legitimen Interesse der staatlichen Gemeinschaft an der Erziehung des Nachwuchses“¹³⁹, aus sozialstaatlichen Aspekten oder allgemein aus der öffentlichen Ordnung. Weiter spielt hier eine Rolle, dass die Kinder selbst

¹³¹ Vgl. Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 21 f., 130.

¹³² Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 147.

¹³³ Vgl. Jarass in Jarass/Kment/Pieroth, 2020b a.a.O., Rn. 43; Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 148.

¹³⁴ Vgl. Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 101 f.

¹³⁵ Vgl. Coelln in Sachs, a.a.O., Rn. 64, 69.

¹³⁶ Vgl. Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 137.

¹³⁷ Vgl. Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 106.

¹³⁸ Vgl. Coelln in Sachs, a.a.O., Rn. 76 f.

¹³⁹ Bundesverfassungsgericht, Az. 1 BvL 20/63, 31/66 und 5/67, a.a.O., Rn. 61.

Grundrechtsträger:innen sind und selbst ein Recht auf Schutz durch den Staat haben.¹⁴⁰ Das Wächteramt besteht zum Wohl des Kindes; folglich muss es sich an diesem orientieren und wird durch es legitimiert. Kollidieren die Interessen der Eltern mit denen des Kindes, gehen grundsätzlich die Interessen des Kindes vor. Wenn das Elternrecht durch Maßnahmen des Staates beeinträchtigt wird, ohne dass diese der Gefahrenabwehr für das Kindeswohl dienen, sind sie nicht durch das Wächteramt gedeckt. Sofern sie dem Schutz anderer kollidierender Grundrechte dienen, können sie aber trotzdem verfassungsgemäß sein.¹⁴¹ Grundsätzlich beschränken die staatlichen Maßnahmen, welche Eingriffe darstellen, das Elternrecht im Verhältnis zum Kind. Sie können aber gleichermaßen das jeweilige Sorge- und Umgangsrecht regeln.¹⁴²

Ein Grundrecht der Kinder gegenüber den Eltern besteht nicht. Bei dem Recht geht es um den Schutz des familiären Raums, weswegen sich der Anspruch auf Schutz nur gegen den Staat richten kann, obwohl eine Ausstrahlungswirkung und folglich eine mittelbare Drittwirkung denkbar wäre.¹⁴³ Das Recht der Kinder auf Pflege und Erziehung stellt keine Anspruchsgrundlage gegen die Eltern dar. Durch dieses werden lediglich notwendige Eingriffe des Staates in die Grundrechte der Eltern legitimiert.¹⁴⁴

Eine weitere Begrenzung des Elternrechts ergibt sich aus den Begriffen Pflege und Erziehung. Wenn die Erziehung unterlassen würde, wäre dies eine Pflichtverletzung bzw. ein Missbrauch des Elternrechts. Grund hierfür ist, dass die Erziehungstätigkeit die Voraussetzung für das Anhalten des Elternrechts bildet.¹⁴⁵

5.2.2 Die elterliche Sorge nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch

Die Vorschriften über die elterliche Sorge finden sich im BGB im Buch 4, Familienrecht, Abschnitt 2, Verwandtschaft, Titel 5 wieder.

§ 1626 BGB bildet die Kernvorschrift der Normen der elterlichen Sorge.

„(1) Die Eltern haben die Pflicht und das Recht, für das minderjährige Kind zu sorgen (elterliche Sorge). Die elterliche Sorge umfasst die Sorge für die Person des Kindes (Personensorge) und das Vermögen des Kindes (Vermögenssorge).

(2) Bei der Pflege und Erziehung berücksichtigen die Eltern die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbständigem verantwortungsbewusstem Handeln. Sie besprechen mit dem Kind, soweit es nach dessen Entwicklungsstand angezeigt ist, Fragen der elterlichen Sorge und streben Einvernehmen an.

¹⁴⁰ Vgl. Bundesverfassungsgericht, Az. 1 BvL 20/63, 31/66 und 5/67, a.a.O., Rn. 61.

¹⁴¹ Vgl. Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 153 f.; Jarass in Jarass/Kment/Pieroth, 2020b, a.a.O., Rn. 56.

¹⁴² Vgl. Jarass in Jarass/Kment/Pieroth, 2020b, a.a.O., Rn. 49 f.

¹⁴³ Vgl. Heiderhoff in Münch/Kunig, a.a.O., Rn. 24.

¹⁴⁴ Vgl. Coelln in Sachs, a.a.O., Rn. 68.

¹⁴⁵ Vgl. Coelln in Sachs, a.a.O., Rn. 65, [ohne Hervorhebungen, d. Verf.].

(3) Zum Wohl des Kindes gehört in der Regel der Umgang mit beiden Elternteilen. Gleiches gilt für den Umgang mit anderen Personen, zu denen das Kind Bindungen besitzt, wenn ihre Aufrechterhaltung für seine Entwicklung förderlich ist.“

Die bedeutsamsten Ergänzungen finden sich in § 1629 BGB; auf diesen wird später kurz eingegangen.

Die elterliche Sorge stellt ein höchstpersönliches Recht dar, das nicht vererbt werden kann. Die Ausübung kann übertragen werden, nicht aber das Recht an sich. Das elterliche Sorgerecht stellt ein absolutes Recht i. S. d. § 823 Abs. 1 BGB dar. Wer dieses Recht also schuldhaft verletzt, macht sich schadenersatzpflichtig. Umgekehrt besteht die Verpflichtung der Eltern zur Beaufsichtigung ihrer Kinder. Kommen sie dieser nicht nach, können sie sich schadenersatzpflichtig gegenüber Dritten machen.¹⁴⁶

Das Recht und die Pflicht zur elterlichen Sorge beginnen mit der Geburt des Kindes und enden mit Erreichen dessen Volljährigkeit oder für einen oder beide Elternteile im Falle des Todes des Kindes oder eines oder beider Elternteile oder in den Fällen des § 1666 BGB, Sorgerechtsentzug, § 1671 BGB, Sorgerechtsübertragung oder im Falle von Adoption, § 1755 BGB. Ferner besteht die Möglichkeit, dass das Recht ruht.¹⁴⁷ Während der Schwangerschaft besteht das Recht noch nicht.¹⁴⁸ Verheirateten Eltern steht die elterliche Sorge gemeinsam zu. Wenn die Eltern nicht verheiratet sind, ist § 1626a BGB zu beachten.

Das Sorgerecht ist an „die Schutzbedürfnisse, Erziehungsziel und Persönlichkeit(srecht) des Kindes gebunden“¹⁴⁹. Die Bindung und Konkretisierung dieser ändert sich aufgrund des Lebensalters und der Reife des Kindes fortlaufend.¹⁵⁰

Es handelt sich um eine Rechts- und Pflichtbeziehung. Dem Kind gegenüber wird v. a. der Pflichtcharakter deutlich. Die Ausübung des Rechtes soll im Interesse des Kindes geschehen; sie erfolgt also nicht als eigenes Recht. Wird die Sorge missbraucht oder sind die Eltern nicht in der Lage, sie nach den Interessen des Kindes auszuüben, kann der Staat im Rahmen seines Wächteramtes aus Art. 6 Abs. 2 GG eingreifen. Der Pflichtcharakter zeigt sich besonders deutlich in Abs. 2, der den Leitsatz für die Erziehung beinhaltet. Der Grundsatz besteht in partnerschaftlicher Erziehung. Daraus folgt, dass die Entwicklung und die Fähigkeiten, sowie das steigende Bedürfnis der Kinder, verantwortungsbewusst und eigenständig zu handeln, bei der Pflege und Erziehung

¹⁴⁶ Vgl. Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich: § 1626, 2018a, Rn. 4 ff.

¹⁴⁷ Vgl. Budzikiewicz in Jauernig: § 1626, 2021, Rn. 6; Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich, 2018a, a.a.O., Rn. 7.

¹⁴⁸ Vgl. Kemper in Schulze: § 1626, 2022a, Rn. 7.

¹⁴⁹ Budzikiewicz in Jauernig, a.a.O., Rn 7.

¹⁵⁰ Vgl. ebd.

berücksichtigt werden sollten.¹⁵¹ Mit der Heranreife des Kindes „in seiner [ihrer] körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung zu einer eigenständigen Persönlichkeit“¹⁵² muss das Elternrecht zurücktreten. Dies stellt keine Grundrechtsverletzung dar. Die Vorschrift wird durch § 1631 Abs. 2 BGB ergänzt. Sofern das Kind in der Lage ist eigenverantwortlich zu handeln, sollten entsprechende Angelegenheiten gemeinsam von den Eltern und Kindern besprochen und Einvernehmen angestrebt werden. Mit der Regelung geht kein Mitentscheidungsrecht des Kindes einher. Allerdings wird durch die Norm verboten, dass Eltern die Wünsche des Kindes völlig außer Acht lassen. Gleichzeitig dürfen Entscheidungen nicht allein auf das Kind übertragen werden, da somit jegliche Autorität der Eltern aufgegeben würde.¹⁵³

Von der elterlichen Sorge sind die Personen- und Vermögenssorge umfasst. Außerdem kann sie in viele weitere Teilbereiche zerlegt werden. Generell wird zwischen der tatsächlichen Sorge und der Vertretung des Kindes unterschieden.¹⁵⁴ Zur Personensorge gehört v. a. die Erziehung, aber genauso die Gesundheitsfürsorge, sprich Entscheidungen über ärztliche Behandlungen. Wenn Rechtsgeschäfte für persönliche Entscheidungen der Kinder notwendig sind, werden sie durch ihre Eltern vertreten. Durch die Personensorge sind Eltern berechtigt und verpflichtet im eigenen Namen Handlungen für das Kind vorzunehmen, aber auch das Kind in dessen Angelegenheiten zu vertreten.¹⁵⁵

Aus § 1627 BGB geht hervor, dass jeder Elternteil „für sich allein die volle Verantwortung für das Wohl des Kindes“¹⁵⁶ trägt, aber gleichermaßen, dass die elterliche Sorge beiden Elternteilen gemeinsam zusteht und sie sie zum Wohle des Kindes ausüben. Dabei sollten sie versuchen, sich bei unterschiedlichen Ansichten zu einigen. Die Abstimmung der Eltern ist von besonderer Bedeutung, wenn es um Angelegenheiten mit erheblicher Bedeutung für das Kind geht. Aus der Vorgabe, dass die Eltern sich möglichst einigen sollen folgt, dass ständige Nichteinigung in Sorgerechtsangelegenheiten dazu führen kann, dass der Staat eingreift.¹⁵⁷

Durch § 1628 BGB wird vermieden, dass die Uneinigkeit der Eltern zu Handlungsunfähigkeit führt. Demnach kann das Gericht auf Antrag eines Elternteils die Entscheidung einem Elternteil übertragen. Es wird jeweils im Einzelfall geprüft, welcher Elternteil für die Entscheidung geeigneter ist. Maßstab bei der Entscheidung ist das Wohl des Kindes. Maßnahmen nach § 1666 BGB kommen in Betracht, wenn das Gericht feststellt, dass

¹⁵¹ Vgl. Kemper in Schulze et al., 2022a, a.a.O., Rn. 2 f.; Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich, 2018a, a.a.O., Rn. 11.

¹⁵² Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich, 2018a, a.a.O., Rn. 11.

¹⁵³ Vgl. Kemper in Schulze et al., 2022a, a.a.O., Rn. 3.

¹⁵⁴ Vgl. Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich, 2018a, a.a.O., Rn. 8.

¹⁵⁵ Vgl. Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich, 2018a, a.a.O., Rn. 9; Kemper in Schulze et al., 2022a, a.a.O., Rn. 8.

¹⁵⁶ Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich: § 1627, 2018b, Rn. 1.

¹⁵⁷ Vgl. ebd.; Kemper in Schulze et al.: § 1627, 2022b, Rn. 1.

keiner der Elternteile eine sinnvolle Entscheidung trifft und das Kindeswohl dadurch gefährdet wird. Dies gilt ebenfalls, wenn sich aus der Streitigkeit eine Kindeswohlgefährdung ergibt. Es geht nicht um die Übertragung des Sorgerechts als Ganzes, der Paragraph bezieht sich lediglich auf punktuelle Streitigkeiten. Hierzu gehören u. a. auch Uneinigkeiten über ärztliche Behandlungen. Weiter muss die Entscheidung von erheblicher Bedeutung für das Kind sein. Solche sind die körperliche Integrität betreffende unterschiedliche Meinungen. Anzumerken ist noch, dass das Gericht nicht in der Sache entscheidet, sondern lediglich die Entscheidungsbefugnis überträgt.¹⁵⁸

§ 1629 BGB regelt, wie bereits erwähnt, die Vertretung gegenüber Dritten und bildet damit eine wesentliche Ergänzung zu § 1626 BGB. Grundsätzlich üben beide Eltern die Vertretung gemeinschaftlich aus. Die Vertretungsmacht besteht nur in dem Maße nach außen, wie der Elternteil die elterliche Sorge innehat. Sie kann gem. § 1629 Abs. 2 Satz 3 BGB nach § 1795 BGB entzogen werden. Die Voraussetzung dafür ist, dass die Interessen des Kindes und die der Eltern in erheblichem Gegensatz zueinander stehen. Davon kann ausgegangen werden, wenn die Eltern die Behandlung eines behandlungsbedürftigen Kindes ablehnen.¹⁵⁹ Es ist ausreichend, wenn die „Voraussetzungen des § 1795 [BGB] in der Person eines Elternteils verwirklicht sind; ausgeschlossen ist dann ebenfalls der andere (arg e [sic!] ‚der Vater und die Mutter‘)“.¹⁶⁰ Es wird ein Ergänzungspfleger bestellt, da die Gefahr besteht, dass der eine Elternteil den anderen beeinflusst. Das folgt außerdem aus dem Prinzip der Gesamtvertretung. Aus diesem ergibt darüber hinaus, dass beide Eltern eine Rechtshandlung vornehmen müssen, damit diese wirksam ist, sofern beide Elternteile Inhaber der gesetzlichen Vertretungsmacht sind. Die Einwilligung in einen Heileingriff kann nicht mehr wirksam durch die Eltern erteilt werden, wenn das Kind die Tragweite des Eingriffes und seiner/ihrer Einwilligung aufgrund seiner/ihrer Verstandesreife selbst erfassen kann.¹⁶¹

Durch § 1631 BGB erfolgt ebenfalls eine Ergänzung des § 1626 BGB, da es in diesem um den Inhalt und die Grenzen der Personensorge geht. „Pflege ist die Sorge für das Wohlbefinden und die physische Existenz“¹⁶². Hierunter zählen ebenso die Entscheidungen im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen oder ärztlichen Behandlungen. Davon ausgenommen ist die Sterilisation, die für Minderjährige generell verboten ist.¹⁶³ Die Geschlechtsangleichung, speziell die chirurgischen Eingriffe stellen allerdings keine

¹⁵⁸ Vgl. Kemper in Schulze et al.: § 1628, 2022c, Rn. 1 ff., 6.; Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich: § 1628, 2018c, Rn. 1, 4.

¹⁵⁹ Vgl. Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich: § 1629, 2018d, Rn. 1.; Kemper in Schulze et al.: § 1629, 2022d, Rn. 1, 9.

¹⁶⁰ Kemper in Schulze et al., 2022d, a.a.O., Rn. 7.

¹⁶¹ Vgl. Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich, 2018d, a.a.O., Rn. 3, 5, 14.

¹⁶² Kemper in Schulze et al.: § 1631, 2022e, Rn. 3.

¹⁶³ Vgl. ebd.

Sterilisation i. S. d. § 1631c BGB dar, da hier das primäre Ziel der Behandlung nicht die Fortpflanzungsunfähigkeit ist.¹⁶⁴

Mit der Erziehung ist gemeint, dass für die sittliche, geistige und seelische Entwicklung des Kindes gesorgt wird. Sofern das Wohl des Kindes nicht gefährdet wird, sind auch unkonventionelle Erziehungsideen oder -ziele zu tolerieren. Wird durch die Eltern gegen § 1631 Abs. 2 BGB – Recht auf gewaltfreie Erziehung – verstoßen, werden vom Familiengericht Gegenmaßnahmen ergriffen (§ 1666 BGB). Durch dieses Recht des Kindes wird hervorgehoben, dass es als Träger:in von Rechten und Pflichten und als Träger:in eigener Würde von den Eltern die Achtung seiner oder ihrer Persönlichkeit verlangen kann.¹⁶⁵

§ 1666 BGB – Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls – bildet die Kernvorschrift für gerichtliche Eingriffe in die elterliche Sorge. Anknüpfungspunkt ist die Gefährdung des Kindeswohls. Die Interessen der Eltern haben hinter dem Kindeswohl zurückzutreten. Das staatliche Wächteramt greift, wenn die Eltern ihrer Verantwortung nicht gerecht werden. Zur Gewährleistung der Pflege und Erziehung ist der Staat nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet.¹⁶⁶

Für den Eingriff ist zunächst die Kindeswohlgefährdung Voraussetzung. Hierzu gehören sowohl Gefährdungen des körperlichen und geistigen, aber auch des seelischen und finanziellen Wohlbefindens. Eine Gefährdung ist dann zu bejahen, wenn einem dieser Güter bei ungehindertem Fortgang einer Tätigkeit Schaden droht. Hierbei spielen die allgemeinen Lebensumstände, sowie das Alter ebenfalls eine wesentliche Rolle. Bedeutsam ist, dass die Gefahr gegenwärtig oder nahe bevorstehend ist. Die bloße Annahme, dass künftig eine Gefahr bestehen könnte, genügt nicht. Auch viele Einzelaspekte können zu einer konkreten Gefährdung führen. Für den staatlichen Eingriff ist ferner aufgrund der Schwere eine gewisse Dauerhaftigkeit bei der Pflichtverletzung notwendig. Die konkrete Dauer ist umso kürzer, je schwerer die Missachtung oder Pflichtverletzung ist. Weiter muss es sich um eine schwerwiegende Gefährdung handeln, da die elterliche Autonomie grundsätzlich durch Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG Vorrang vor staatlichem Handeln hat. Aus welchem Grund es zu einer Kindeswohlgefährdung kommt, kann unbeachtet bleiben.¹⁶⁷ Entscheidend ist, ob eine solche vorliegt, und wenn diese bejaht wird, in welchem Ausmaß es der Fall ist.¹⁶⁸

¹⁶⁴ Vgl. Siedenbiedel: *Selbstbestimmung über das eigene Geschlecht*, 2016, S. 133 f.

¹⁶⁵ Vgl. Kemper in Schulze et al., 2022e, a.a.O., Rn. 4; Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich: § 1631, 2018e, Rn. 2.

¹⁶⁶ Vgl. Kemper in Schulze et al.: § 1666, 2022f, Rn. 1; Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich: § 1666, 2018f, Rn. 1.

¹⁶⁷ Vgl. Kemper in Schulze et al., 2022f, a.a.O., Rn. 2 f.; Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich, 2018f., a.a.O., Rn. 2 f.

¹⁶⁸ Vgl. Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich, 2018f, a.a.O., Rn. 4.

Weitere Voraussetzung ist, dass die Eltern entweder nicht in der Lage sind, die Kindeswohlgefährdung abzuwenden oder der Wille dazu fehlt. Das Familiengericht hat bei Vorliegen der Voraussetzungen geeignete Maßnahmen zu treffen, um die Gefahr abzuwenden, wobei stets der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu beachten ist. Außerdem muss das Verhältnis zwischen der Schwere des Eingriffs und der Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts für das Kind beachtet werden.¹⁶⁹ Dem Gericht stehen verschiedene Maßnahmen zur Verfügung. Neben Geboten und Verboten können nach § 1666 Abs. 3 Nr. 5 BGB Erklärungen der Sorgerechtsinhaber durch das Familiengericht direkt ersetzt werden. Hier kommen z. B. Zustimmungen zu ärztlichen Behandlungen oder zu Heileingriffen in Betracht.¹⁷⁰ Die größten Eingriffe stellen der vollständige oder teilweise Entzug der elterlichen Sorge dar, so auch bspw. das Entscheidungsrecht über medizinische Behandlungen.¹⁷¹

Maßnahmen nach § 1666 BGB scheiden von vornherein aus, wenn die dadurch verursachte Gefahr der Kindeswohlgefährdung höher ist als der Schaden, der durch sie verhindert werden soll.¹⁷²

5.3 Konsequenzen für die Einwilligung zur Behandlung

Die Kollision zwischen den Grundrechten Art. 2 Abs. 1 GG und Art. 6 Abs. 2 GG ist jeweils nach dem Prinzip der Interessenabwägung im Einzelfall zu lösen.¹⁷³ Art. 6 Abs. 2 GG wurde den Eltern im Kindesinteresse eingeräumt, weswegen es prinzipiell nicht dem Persönlichkeitsrecht des Kindes aus Art. 2 GG gegenüberstehen kann.¹⁷⁴

Das Elternrecht ist zeitlich begrenzt und endet sobald der/die Minderjährige nach § 2 BGB mündig wird. Vor dem Hintergrund wird deutlich, dass Eltern die Zukunft ihres Kindes nicht durch Entscheidungen vorprägen dürfen, deren Wirkung über die Volljährigkeit hinaus geht.¹⁷⁵ Diese Wirkung ist bei (unterlassenen) Hormonbehandlungen durchaus anzunehmen. Durch sie werden körperliche Entwicklungen zunächst unterbunden und gegebenenfalls entgegen dem Geburtsgeschlecht eingeleitet. Diese bleiben dann voraussichtlich ein Leben lang erhalten. Es bestehen also hohe Auswirkungen auf die aktuelle aber gleichermaßen die künftige Lebensführung. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer maßgeblichen Beteiligung der Minderjährigen im Entscheidungsprozess. Außerdem sollten die Patient:innen immer Subjekt und nicht Objekt der

¹⁶⁹ Vgl. Kemper in Schulze et al., 2022f, a.a.O., Rn. 8; Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich, 2018f, a.a.O., Rn. 4, 27.

¹⁷⁰ Vgl. Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich, 2018f, a.a.O., Rn. 36.

¹⁷¹ Vgl. Kemper in Schulze et al., 2022f, a.a.O., Rn. 9.

¹⁷² Vgl. Ziegler in Prütting/Wegen/Weinreich, 2018f, a.a.O., Rn. 28.

¹⁷³ Vgl. Rouka, a.a.O., S. 10.

¹⁷⁴ Vgl. Rouka, a.a.O., S. 11.

¹⁷⁵ Vgl. Belling/Eberl/Michlik: *Das Selbstbestimmungsrecht Minderjähriger bei medizinischen Eingriffen*, 1994, S. 121.

Behandlung sein.¹⁷⁶ Daraus ergibt sich, dass die zu behandelnde Person stets selbst beteiligt werden und nicht „über ihn/sie hinweg entschieden“ werden sollte.

Das Elternrecht hat sowohl Innen- als auch Außenschranken. Innenschranken umfassen die zeitliche Begrenzung durch die eintretende Volljährigkeit des Kindes, aber ebenso die Fremdnützigkeit und Pflichtgebundenheit des Personensorgerechts. Hinzu kommt die Begrenzung in der Form, als dass die heranreifende Selbstständigkeit des Kindes bei der Ausübung des Rechts Berücksichtigung finden soll. Die Außenschranken bilden die Grundrechte des Kindes bzw. seine/ihre Stellung als Träger:in von eigenen Rechten.¹⁷⁷ Wenn das Kind in einem Alter ist, in dem es genügend Reife zum selbstverantwortlichen Auftreten im Rechtsverkehr hat, muss das Elternrecht seinem Wesen und Zweck nach zurücktreten.¹⁷⁸

Mit abnehmender Pflege- und Erziehungsbedürftigkeit und der wachsenden Selbstbestimmungsfähigkeit des Kindes werden die Rechtsbefugnisse, die sich aus dem Elternrecht ergeben, immer weiter zurückgedrängt, bis es schließlich zum vollständigen Erlöschen in Folge des Erreichens der Volljährigkeit des Kindes kommt.¹⁷⁹ „Abgestufte partielle Mündigkeitsregelungen, die an diesen Bezugspunkten ausgerichtet und sachlich begründet sind, stellen daher keine Eingriffe in das Elternrecht dar“¹⁸⁰.

Bei ärztlichen Behandlungen gilt gleichermaßen, dass das Personensorgerecht der Eltern dort endet, wo das Selbstbestimmungsrecht des/der Minderjährigen einsetzt.¹⁸¹ Wie sich aus den Feststellungen der vorangegangenen Abschnitte ergeben hat, ist das im Zeitpunkt der Einwilligungsfähigkeit der Fall. Im Ergebnis kann der/die Minderjährige folglich selbst wirksam in die Behandlung einwilligen, sobald er/sie einwilligungsfähig ist. Die Notwendigkeit der Einwilligung der Eltern ist schlichtweg nicht mehr gegeben, weil das Kind in der Beziehung selbst in der Lage ist, für sich zu handeln.

5.4 Konsequenzen für den Abschluss des Behandlungsvertrages

Von der Einwilligung der Patient:innen ist der Abschluss eines Behandlungsvertrages mit dem Arzt/der Ärztin klar zu trennen. Dieser wird entsprechend § 630a BGB geschlossen. Demzufolge muss hierfür die Geschäftsfähigkeit gegeben sein.¹⁸² Diese ist für die Wirksamkeit von Verträgen, also folglich ebenfalls für Behandlungsverträge notwendig.

¹⁷⁶ Vgl. Wölk: *Der minderjährige Patient in der ärztlichen Behandlung*. Bedingungen für die Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechts von Minderjährigen bei medizinischen Eingriffen. *Medizinrecht*, 2001, S. 82 f.

¹⁷⁷ Vgl. Belling/Eberl/Michlik, a.a.O., S. 119.

¹⁷⁸ Vgl. Rouka, a.a.O., S. 35.

¹⁷⁹ Vgl. Bundesverfassungsgericht, Urteil, 09.02.1982, Az. 1 BvR 845/79, Rn. 97.

¹⁸⁰ Bundesverfassungsgericht, Az. 1 BvR 845/79, a.a.O., Rn. 97.

¹⁸¹ Vgl. Belling/Eberl/Michlik, a.a.O., S. 118.

¹⁸² Vgl. Schneider/Frister/Olzen, a.a.O., S. 234.

Nach § 104 BGB sind Personen, die das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet haben geschäftsunfähig. Diese können in der Konsequenz selbst keine wirksamen Verträge abschließen. Gemäß § 106 BGB sind Personen, die das siebte Lebensjahr vollendet haben, aber noch nicht volljährig sind, beschränkt geschäftsfähig. Bei diesen muss die Situation differenzierter betrachtet werden.

§ 107 BGB verlangt bei Rechtsgeschäften, die nicht lediglich rechtlich vorteilhaft sind, die Zustimmung der gesetzlichen Vertreter. Aus dem Wortlaut ergibt sich, dass die Willenserklärung keinen unmittelbaren rechtlichen Nachteil mit sich bringen darf. Lediglich mittelbare Nachteile bleiben unberücksichtigt. Die Unterscheidung zwischen mittelbaren und unmittelbaren Folgen ist jedoch eher uneindeutig. Folgen der Behandlung selbst sind jedenfalls keine rechtlichen Nachteile i. S. v. § 107 BGB, sondern lediglich tatsächliche, die nach der Norm unbeachtet bleiben.¹⁸³ Zweck der Vorschrift ist es, die Minderjährigen vor, für sie nachteiligen, Konsequenzen ihres rechtsgeschäftlichen Handelns zu schützen.¹⁸⁴

Beim Vertragsschluss stehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten zur Verfügung. Zum einen kann der Behandlungsvertrag zwischen den Patient:innen und dem Arzt/der Ärztin geschlossen werden. Zum anderen kommt ein „Vertag zugunsten Dritter zwischen der Behandlungsseite und de[n] Sorgeberechtigten (zumeist den Eltern)“¹⁸⁵ in Betracht.

Unterschieden wird zudem zwischen Privat- und Kassenpatient:innen. Bei Privatpatient:innen folgt schon aus dem gegenseitigen Behandlungsvertrag eine Zahlungsverpflichtung, was einen rechtlichen Nachteil i. S. d. § 107 BGB darstellt. Es ist nur in ganz bestimmten Konstellationen möglich, dass beschränkt Geschäftsfähige wirksam Behandlungsverträge ohne die Zustimmung der Eltern abschließen.¹⁸⁶

Bei Kassenpatient:innen entstehen i. d. R. keine Behandlungsverträge, die auf Gegenseitigkeit beruhen, da keine grundsätzliche Zahlungspflicht besteht. Insofern kann kein rechtlicher Nachteil aus gegenseitigen Pflichten entstehen. Natürlich bestehen Sonderkonstellationen, in denen auch für beschränkt geschäftsfähige Kassenpatient:innen rechtliche Nachteile entstehen und folglich der Behandlungsvertrag nicht wirksam durch sie allein geschlossen werden kann. Aus den Erkenntnissen folgt aber nichtsdestotrotz, dass minderjährige Kassenpatient:innen die Behandlungsverträge grundsätzlich selbstständig schließen können, sofern sie einwilligungsfähig sind.¹⁸⁷

¹⁸³ Vgl. Spickhoff, *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht*, a.a.O., S. 413 f., 416.

¹⁸⁴ Vgl. Völzmann-Stickelbrock in Prütting/Wegen/Weinreich: § 107, 2018, Rn. 1.

¹⁸⁵ Spickhoff, *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht*, a.a.O., S. 415.

¹⁸⁶ Vgl. ebd.

¹⁸⁷ Vgl. ebd.

Um dieser „Ungleichbehandlung“ zwischen Kassen- und Privatpatient:innen auszuweichen, wird häufig die Form des Vertrages zwischen der Behandlungsseite und den Sorgeberechtigten gewählt.¹⁸⁸ Daneben geht auch der BGH davon aus, dass die Einwilligung der Jugendlichen bei aufschiebbaren oder nicht unwichtigen Entscheidungen allein nicht genügt, um medizinische Behandlungen durchführen zu lassen.¹⁸⁹ In Anbetracht der körperlichen Auswirkungen handelt es sich bei Hormonbehandlungen wohl unstrittig um bedeutende Entscheidungen. Im Ergebnis ist in der Praxis dementsprechend die Zustimmung der Eltern von Relevanz. Zweifelsfrei stehen diese mit dem Entschluss für oder gegen eine Hormonbehandlung vor einem schwierigen. Mit ihm gehen viele Vorteile einher, zumindest, wenn ihre Kinder sich als *Persister* erweisen, also Personen, bei denen die Geschlechtsinkongruenz anhält.¹⁹⁰ Dagegen bürden die Behandlungen für sogenannte *Desister* – Personen, die sich mit der Zeit wieder ihrem Geburtsgeschlecht zugehörig fühlen und eine homo- oder bisexuelle Orientierung oder in den seltensten Fällen auch eine heterosexuelle Orientierung entwickeln¹⁹¹ – erhebliche Nachteile. Diese werden im Folgenden beleuchtet.

Zunächst soll angemerkt werden, dass es im Falle einer Fehlindikation zu nicht umkehrbaren körperlichen, aber ebenso psychischen Folgen kommen kann. Eingeschlossen ist hier die lebenslange Unfruchtbarkeit.¹⁹² Grundsätzlich besteht die Gefahr der Fehldiagnose immer, da im (vor-)pubertären Alter mitunter noch Unsicherheit hinsichtlich der Geschlechtsidentität besteht oder bestehen kann.¹⁹³

Gegen eine frühzeitige Hormonbehandlung spricht weiter, dass die Phase der Pubertät eine ist, in der erhebliche Umbau- und Reorganisationsprozesse des Gehirns stattfinden. Es ist unklar, welche Auswirkungen die pubertätshemmenden Hormone in dieser Phase haben. Es ist nicht mit 100 %iger Sicherheit belegt, dass diese vermeintlich vollständig reversiblen Interventionen das auch wirklich sind.¹⁹⁴ Weiter kann nach der Meinung von Korte et al. eine überdauernde Geschlechtsdysphorie erst nach Abschluss der Pubertät festgestellt werden. Dies folgt aus der hohen Veränderlichkeit der Geschlechtsidentitätsentwicklung.¹⁹⁵ Ein weiteres Argument dafür, dass die Pubertät durchlebt werden sollte,

¹⁸⁸ Vgl. Spickhoff. *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht*, a.a.O., S. 415.

¹⁸⁹ Vgl. Bundesgerichtshof, Urteil, 16.11.1971, Az. VI 2R 76/70, S. 16.

¹⁹⁰ Vgl. Fuchs/Praxmarer/Sevecke: *Transidentität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Gynäkologische Endokrinologie*, 2017, S. 34.

¹⁹¹ Vgl. ebd.

¹⁹² Vgl. Möller/Romer: *Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 2014, S. 434.

¹⁹³ Vgl. Bager/Göttsche in Schmidt/Schondelmayer/Schröder: *Kinder, Eltern, Staat*, 2015, S. 130.

¹⁹⁴ Vgl. Korte/Beier/Bosinski: *Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter – Ausgangsoffene psychotherapeutische Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung durch Einleitung einer hormonellen Therapie? Sexuologie*, 2016, S. 128.

¹⁹⁵ Vgl. Korte/Beier/Bosinski. *Sexuologie*, a.a.O., S. 129.

ergibt sich daraus, dass sich nach internationaler Datenlage (Stand 2014) die Geschlechtsdysphorie im Laufe der Pubertät bei ca. 80 % der Kinder verliert.¹⁹⁶

Die pubertätshemmende Therapie kann die psychosexuelle Entwicklung beeinträchtigen und ebenfalls denkbare, nicht-transidente Entwicklungen (Coming-Out bei Homosexualität, andere Variationen der sexuellen Identität) könnten erschwert werden.¹⁹⁷

Außerdem wird davon ausgegangen, dass durch die Behandlung das sexuelle Erleben in Bezug auf Fantasie und Verhalten beeinflusst wird. Dadurch wird „aufgrund der Beeinträchtigung der sexuellen Appetenz und Funktionsfähigkeit“¹⁹⁸ verhindert, dass die Jugendlichen ihrem Alter entsprechende sozio-sexuelle Erfahrungen sammeln. Bedenken gehen zudem in die Richtung, dass keine validen Parameter vorhanden sind, durch die eine Persistenz vorhergesagt werden kann. Das Argument lautet hier: „Die psychosexuelle Entwicklung sollte [...] zum Abschluss gekommen sein und deren «identitätsstiftende Erfahrungen» nicht durch pubertätshemmende Behandlung eingeschränkt werden.“¹⁹⁹

Nahezu 100 % der Patient:innen, die sich für eine pubertätshemmende Hormonbehandlung entschieden haben, leiten im Anschluss die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung ein. Daraus folgt, dass in gewissem Maße bereits mit der Entscheidung für die Pubertätsblockade häufig auch die Weichen für partiell reversible Interventionen gestellt werden. Die Behandlung kann folglich zu einer Persistenz der Geschlechtsinkongruenz führen,²⁰⁰ die sich ohne die Intervention vielleicht von allein aufgelöst hätte.

Eine alternative Interpretation dieser Aussage könnte sein, dass die Indikation für pubertätshemmende Hormonbehandlungen bereits mit einer solchen Sorgfalt erfolgte, dass es kaum zu Fehlindikationen kam. In der Konsequenz wurden die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung nicht eingeleitet, weil eine Verstärkung der Persistenz stattfand, sondern weil die „Ursprungsdiagnose“ (in den häufigsten Fällen) fehlerfrei war.

Dafür spricht auch, dass stets zwei unabhängige Expertenmeinungen eingeholt werden, um mögliche Fehlindikationen zu vermeiden.²⁰¹

Aus der klinischen Erfahrung ergibt sich, dass bei lebenslangem Zugehörigkeitsempfinden zu einem Geschlecht keine Veränderung mehr zu erwarten ist. Dies rührt daraus,

¹⁹⁶ Vgl. Möller/Romer. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, a.a.O., S. 434.

¹⁹⁷ Vgl. Korte/Beier/Bosinski. *Sexuologie*, a.a.O., S. 127.

¹⁹⁸ Ebd.

¹⁹⁹ Meyenburg/Kröger/Neugebauer: *Transidentität im Kindes- und Jugendalter*. Behandlungsrichtlinien und Ergebnisse einer Katamneseuntersuchung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 2014, S. 49.

²⁰⁰ Vgl. Korte/Beier/Bosinski. *Sexuologie*, a.a.O., S. 130.

²⁰¹ Vgl. Meyenburg/Kröger/Neugebauer. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, a.a.O., S. 53.

dass die Geschlechtsidentität bereits sehr früh festgelegt ist.²⁰² In dem Zusammenhang kann erwähnt werden, dass aus einer Studie von Steensma et al. („Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study“) hervorgeht, dass sich bereits in der Altersspanne zwischen elf und dreizehn Jahren entscheidet, ob die Geschlechtsdysphorie anhält oder nicht.²⁰³

Katamnesestudien einer Amsterdamer Arbeitsgruppe belegen, dass transidente Jugendliche, die schon vor Abschluss der biologischen Reifeentwicklung eine (zunächst pubertätshemmende, dann gegengeschlechtliche) Hormonbehandlung erhalten haben, in Bezug auf ihre Gesundheit als Erwachsene eine überwiegend gute bis sehr gute Lebensqualität erreichen. Gesundheitliche Langzeitschäden sind durch eine frühzeitige Intervention abwendbar.²⁰⁴ Wird mit dieser erst nach fortgeschrittenen körperlichen Veränderungen begonnen, kann das zu irreversiblen psychischen „Gesundheitsschäden in Form sekundärer Beeinträchtigungen der Lebensqualität“²⁰⁵ oder auch zu psychopathologischen Folgeerscheinungen führen.

Des Weiteren kann die Ausprägung der Geschlechtsmerkmale in Folge der Pubertät, die häufig als schmerzlich empfunden wird, durch die pubertätshemmende Behandlung zunächst unterbunden werden.²⁰⁶ Das schafft dann zudem bessere Voraussetzungen für spätere kosmetische Eingriffe und damit verbunden bessere Ergebnisse.²⁰⁷

Das aber wohl überzeugendste Argument für eine frühzeitige Behandlung sollte sein, dass der Leidensdruck der betroffenen Kinder oder Jugendlichen dadurch gelindert werden kann.²⁰⁸

Gehen die Ansichten der Kinder und Eltern bezüglich der Hormonbehandlung auseinander und möchten die Eltern nicht in den entsprechenden Behandlungsvertrag einwilligen, ist zunächst durch den Arzt/die Ärztin auf eine Einigung hinzuwirken. So kann er/sie den Eltern die Argumente des/der Jugendlichen nochmals vor Augen führen.²⁰⁹ Einen Anspruch auf die Einwilligung haben die Kinder gegenüber ihren Eltern allerdings nicht.

Wie sich aus den Darstellungen aus dem Kapitel 5.2 ergeben hat, hat das Kind gegen die Eltern keinen unmittelbaren Anspruch auf die pflichtbewusste Ausübung des Elternrechts. Insbesondere aus den Vorschriften des BGB ergibt sich allerdings der Grundsatz

²⁰² Vgl. Meyenburg/Kröger/Neugebauer. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, a.a.O., S. 49.

²⁰³ Vgl. Specht: *Symptome, Komorbiditäten und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie*, 2020, S. 12.

²⁰⁴ Vgl. Möller/Romer. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, a.a.O., S. 434.

²⁰⁵ Möller/Romer. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, a.a.O., S. 433.

²⁰⁶ Vgl. Bager/Göttsche in Schmidt/Schondelmayer/Schröder, a.a.O., S. 130.

²⁰⁷ Vgl. Korte/Beier/Bosinski. *Sexuologie*, a.a.O., S. 127.

²⁰⁸ Vgl. Bager/Göttsche in Schmidt/Schondelmayer/Schröder, a.a.O., S. 130.

²⁰⁹ Vgl. Nebendahl: *Selbstbestimmungsrecht und rechtfertigende Einwilligung des Minderjährigen bei medizinischen Eingriffen*. *Medizinrecht*, 2009, S. 203.

der partnerschaftlichen Erziehung, nach welchem Einvernehmen anzustreben ist. Dadurch wird deutlich, welche Rolle den Auffassungen, Gefühlen oder Überzeugungen des Kindes zukommt. Außerdem wurde festgestellt, dass das Kind die Achtung seiner/ihrer Persönlichkeit durch die Eltern verlangen kann. Die inneren Überzeugungen stellen zweifelsfrei einen wesentlichen Teil der Persönlichkeit eines Menschen dar, weswegen diese stets anerkannt werden müssen.

Der Staat kann dafür sorgen, dass die Eltern ihrer Elternverantwortung nachkommen oder selbst Maßnahmen treffen, um dem Kind eine Kindheit zu ermöglichen, in der das körperliche, seelische und geistige Wohl gesichert ist.

Eine solche Maßnahme stellt auch die Ersetzung bestimmter Entscheidungen der Eltern durch das Familiengericht nach § 1666 Abs. 3 BGB dar. Voraussetzung hierfür ist, wie bereits festgestellt, die Kindeswohlgefährdung. Diese kann jeweils nur im konkreten Einzelfall festgestellt werden oder eben nicht. Trotzdem geht mit der Geschlechtsinkongruenz häufig ein hohes seelisches Leiden einher. Für viele der Minderjährigen ist eine pubertätshemmende oder gegengeschlechtliche Hormonbehandlung eine Möglichkeit, ihr Leiden zu lindern und eine Hilfe dabei, ihr Leben so zu leben, wie sie sich im Inneren fühlen. Wenn die Eltern ihre Kinder folglich nicht dabei unterstützen das Leiden abzustellen oder zu lindern, indem sie nicht in den Behandlungsvertrag einwilligen, kommt die Gefährdung des Kindeswohles ausdrücklich in Betracht.

Des Weiteren sollte angemerkt werden, dass der Ausgang des Verfahrens bei Anrufung des Familiengerichts, zur Ersetzung der Einwilligung der Eltern äußerst ungewiss ist.²¹⁰

Generell lässt sich hinzufügen, dass aufgrund der Bedeutung der Behandlung für die spätere Lebensführung den Minderjährigen die Entscheidung darüber, ob und welche Behandlung in Anspruch genommen wird, selbst überlassen werden sollte oder sie zumindest maßgeblich mitentscheiden dürfen sollten, sofern sie dRauhxu in der Lage sind.²¹¹ Damit ist nicht gemeint, dass die Kinder mit der Entscheidung allein gelassen werden. Die Eltern sollten, nach ausführlichen Gesprächen und Diskussionen, von sich aus den Wünschen ihres Kindes entsprechen und in den Behandlungsvertrag einwilligen, damit die Behandlung ihres Kindes begonnen werden und es auch äußerlich in seinem/ihrerem Geschlecht wahrgenommen werden kann. Ebenfalls das Wissen, dass hohe Anforderungen an die Diagnostik gestellt werden und diese zudem von zwei unabhängigen Experten durchgeführt wird, spricht neben den überwiegend reversiblen Folgen der Behandlung für ein Entscheidungsrecht der Minderjährigen. Wenn zunächst erst einmal mit der pubertätshemmenden Behandlung begonnen wird, geht damit

²¹⁰ Vgl. Bager/Göttsche in Schmidt/Schondelmayer/Schröder, a.a.O., S. 131.

²¹¹ Vgl. Bager/Göttsche in Schmidt/Schondelmayer/Schröder, a.a.O., S. 135 f.

gleichermaßen ein gewisser Zeitgewinn für die Beteiligten einher, ohne dass diese Behandlung zu mehr Schaden führt, als sie nützt. In dieser Zeit kann festgestellt werden, ob der Wunsch nach weiteren angleichenden Maßnahmen besteht oder die Behandlung nicht mehr notwendig ist und folglich beendet werden kann.

Letztlich können keine allgemeinen Aussagen mit universaler Anwendbarkeit getroffen werden, da jede Person und ihre Entwicklung individuell ist und sie auch dementsprechend behandelt werden sollte.

6 Fazit

Im Laufe der Arbeit ist klar geworden, dass es viele unterschiedliche Möglichkeiten gibt, das Geschlecht zu betrachten und Geschlecht nicht gleich Geschlecht ist. Ebenso, dass es nicht selbstverständlich ist, dass das biologische Geschlecht auch mit dem körperlichen übereinstimmt und dass diese Inkongruenz häufig mit einem Leiden verbunden ist, welches durch verschiedene Behandlungsmöglichkeiten gelindert werden kann.

Zur Beurteilung des Vorliegens einer Geschlechtsdysphorie und welche Behandlungen für wen in Frage kommen, stehen verschiedene Standards und Leitlinien zur Verfügung, die teilweise aufeinander aufbauen oder Konkretisierungen darstellen. Letztlich muss allerdings immer die optimale Entscheidung für den konkreten Einzelfall getroffen werden, da jede Person und ihr Verlauf der Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie individuell ist.

Bezüglich des Selbstbestimmungsrechts der Minderjährigen hat sich ergeben, dass sich dieses aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG herleitet und ihnen in Bezug auf die Einwilligung zu einer medizinischen Behandlung zugestanden werden muss, sofern sie einwilligungsfähig sind. Das Elternrecht oder die Elternverantwortung hat in der Konsequenz zurückzutreten.

Hinsichtlich des Abschlusses des Behandlungsvertrages gestaltet sich die Sache anders, da hier die Regelungen des BGB über die Geschäftsfähigkeit Anwendung finden. Zwar sollten die Eltern die Wünsche ihrer Kinder berücksichtigen und nach diesen für sie handeln, einen Anspruch darauf haben die Kinder allerdings nicht. Lediglich, wenn das Kindeswohl durch die Verweigerung der Einwilligung gefährdet würde, hat der Staat die Option einzugreifen.

Eine Gewährleistung, dass ein Leben entsprechend der eigenen empfundenen Geschlechtsidentität geführt werden kann, besteht für Minderjährige grundsätzlich erst, wenn die Eltern in entsprechende Maßnahmen einwilligen bzw. den Behandlungsvertrag mit dem Arzt/der Ärztin für ihr Kind unterzeichnen. Sollte dies nicht erfolgen, kann der Staat in der letzten Konsequenz über die Ersetzung der Entscheidung durch das Familiengericht Abhilfe schaffen. An diese Möglichkeit werden allerdings hohe Anforderungen gestellt. Es lässt sich festhalten, dass die Gewährleistung also grundsätzlich besteht, jedoch durchaus mit Schwierigkeiten für die Minderjährigen verbunden sein kann.

Es wurde weiter deutlich, dass der gesamte Behandlungsprozess sehr komplex und mit weitreichenden Folgen verbunden ist, weswegen die Vor- und Nachteile der Behandlung sorgfältig abgewogen werden müssen. Insgesamt steht der Prozess mit umfangreichen Gesprächen und viel Verständnis aller Beteiligten in Verbindung.

Transidente Personen stehen häufig zahlreichen Herausforderungen gegenüber, mit denen sie sich zusätzlich zu den vielen inneren Prozessen auseinandersetzen müssen. Ebenfalls aus diesem Grund ist es notwendig, sich für die Rechte der Menschen einzusetzen, selbst wenn keine unmittelbare Betroffenheit der eigenen Person vorliegt. Vor allem sollten die Empfindungen der betroffenen Personen ernst genommen und nicht als „Laune“ abgetan werden.

Sofern keine Rechte anderer verletzt werden, muss jeder Mensch die Möglichkeit haben, sein oder ihr Leben so zu leben, wie es für ihn oder sie richtig ist, ohne dafür von anderen verurteilt zu werden. Einem jeden steht das Recht zu, so akzeptiert und anerkannt zu werden, wie er oder sie ist.

Kernsätze

1. Das Geschlecht kann auf unterschiedliche Weisen betrachtet werden, wobei die einzelnen Arten nicht zwangsläufig übereinstimmen müssen.
2. Durch die Inkongruenz zwischen dem körperlichen Geschlecht und dem psychischen Geschlecht kann ein hoher Leidensdruck entstehen. Diese Erscheinung wird als Geschlechtsdysphorie bezeichnet.
3. Die Verläufe bei Geschlechtsinkongruenz sind variabel und unterscheiden sich individuell.
4. Den Minderjährigen steht ein Selbstbestimmungsrecht aus Art. 2 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG zu, welches sie zur Einwilligung in medizinische Behandlungen ausüben können, sofern sie einwilligungsfähig sind.
5. Die Elternverantwortung verlangt von den Sorge- und Erziehungsberechtigten die wachsende Selbstbestimmungsfähigkeit des/der Minderjährigen bei Entscheidungen maßgeblich zu berücksichtigen.
6. Das Elternrecht tritt dann zurück, wenn der/die Minderjährige selbst in der Lage ist Entscheidungen zu treffen.
7. Die Minderjährigen können ohne die Zustimmung ihrer gesetzlichen Vertreter keine wirksamen Behandlungsverträge abschließen.
8. Führt die Verweigerung der Einwilligung zu einer Gefährdung des Kindeswohls, kann der Staat eingreifen. Dies kann er tun, indem das Familiengericht Entscheidungen der Sorgeberechtigten ersetzt.

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF):** *Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung*, o. J., verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/028-014.html> [Zugriff am: 08.02.2022].
- Bager, Katharina/Göttsche, Anna L.:** *Kinder, Eltern, Staat. Rechtliche Konflikte im Zusammenhang mit minderjährigen Inter*- und Trans*Personen*. In: Schmidt, Friederike/Schondelmayer, Anne-Christin/Schröder, Ute B. (Hrsg.): *Selbstbestimmung und Anerkennung Sexueller und Geschlechtlicher Vielfalt: Lebenswirklichkeiten, Forschungsergebnisse und Bildungsbausteine*. 1. Aufl., Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 2015, S. 119–141.
- Belling, Detlev W./Eberl, Christina/Michlik, Frank:** *Das Selbstbestimmungsrecht Minderjähriger bei medizinischen Eingriffen*. Eine rechtsvergleichende Studie zum amerikanischen, englischen, französischen und deutschen Recht, Neuwied, Luchterhand, 1994.
- Budzikiewicz, Christine:** § 1626. In: Jauernig, Othmar (Hrsg.): *Bürgerliches Gesetzbuch: Mit Rom-I-VO, Rom-II-VO, Rom-III-VO, EG-UnthVO/HUntProt und EuErbVO : Kommentar*. 18. Aufl., München, C.H. Beck, 2021.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM):** *11. Revision der ICD der WHO (ICD-11), 2022*, verfügbar unter: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html [Zugriff am: 08.02.2022].
- Coelln, Christian v.:** Art. 6. In: Sachs, Michael (Hrsg.): *Grundgesetz: Kommentar*. 9. Aufl., München, C.H. Beck, 2021.
- Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS):** *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung*, 2019, verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001I_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf [Zugriff am: 02.02.2022].
- Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS)/Akademie für Sexualmedizin/Gesellschaft für Sexualwissenschaft:** *Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen*, 1997, verfügbar unter: <https://atme-ev.de/images/texte/transsexualitaet/standardsts.pdf> [Zugriff am: 07.02.2022].
- Deutscher Ethikrat:** *Intersexualität*. Stellungnahme vom 23. Februar 2012, Berlin, 2012.
- Deutscher Ethikrat:** *Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen*, 2020, verfügbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-transidentitaet.pdf> [Zugriff am: 20.09.2021].
- Deutschlandfunk Kultur:** *Geschlechtsangleichung bei Kindern und Jugendlichen - „Transidentität ist Schicksal“*. Interview mit Herrn Univ.-Prof. Dr. Romer, 2020, verfügbar unter: <https://www.deutschlandfunkkultur.de/geschlechtsangleichung-bei-kindern-und-jugendlichen-100.html> [Zugriff am: 03.02.2022].
- Fuchs, M./Praxmarer, K./Sevecke, K.:** *Transidentität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Gynäkologische Endokrinologie*. 15(1), 2017, S. 30–38.
- Heiderhoff, Bettina:** Art. 6. In: Münch, Ingo von/Kunig, Philip (Hrsg.): *Grundgesetz-Kommentar Band 1: Präambel bis Art. 69*. 7. Aufl., München, C.H.Beck, 2020.

- Jarass**, Hans D.: Art. 2. In: Jarass, Hans D./Kment, Martin/Pieroth, Bodo (Hrsg.): *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland: Kommentar*. 16. Aufl., München, C.H. Beck, 2020a.
- Jarass**, Hans D.: Art. 6. In: Jarass, Hans D./Kment, Martin/Pieroth, Bodo (Hrsg.): *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland: Kommentar*. 16. Aufl., München, C.H. Beck, 2020b.
- Jarass**, Hans D.: Art. 19. In: Jarass, Hans D./Kment, Martin/Pieroth, Bodo (Hrsg.): *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland: Kommentar*. 16. Aufl., München, C.H. Beck, 2020c.
- Käding**, Heiko/**Mantz**, Sandra: *Perioperative Pflege*. In: Georg Thieme Verlag (Hrsg.): *Pflege*, Stuttgart, Thieme, 2015.
- Kemper**, Rainer: § 1626. In: Schulze, Reiner (Hrsg.): *Bürgerliches Gesetzbuch: Handkommentar*. 11. Aufl., Baden-Baden, Nomos, 2022a.
- Kemper**, Rainer: § 1627. In: Schulze, Reiner (Hrsg.): *Bürgerliches Gesetzbuch: Handkommentar*. 11. Aufl., Baden-Baden, Nomos, 2022b.
- Kemper**, Rainer: § 1628. In: Schulze, Reiner (Hrsg.): *Bürgerliches Gesetzbuch: Handkommentar*. 11. Aufl., Baden-Baden, Nomos, 2022c.
- Kemper**, Rainer: § 1629. In: Schulze, Reiner (Hrsg.): *Bürgerliches Gesetzbuch: Handkommentar*. 11. Aufl., Baden-Baden, Nomos, 2022d.
- Kemper**, Rainer: § 1631. In: Schulze, Reiner (Hrsg.): *Bürgerliches Gesetzbuch: Handkommentar*. 11. Aufl., Baden-Baden, Nomos, 2022e.
- Kemper**, Rainer: § 1666. In: Schulze, Reiner (Hrsg.): *Bürgerliches Gesetzbuch: Handkommentar*. 11. Aufl., Baden-Baden, Nomos, 2022f.
- Kempf**, Bettina: *Alltagstest (neu: Alltagserfahrungen)*, 2021, verfügbar unter: <https://dgti.org/2021/09/15/alltagstest/#:~:text=Unter%20Alltagstest%20versteht%20die%20%E2%80%9ESelbsterfahrung,in%20der%20angestrebten%20Geschlechtsrolle%20lebt.> [Zugriff am: 01.03.2022].
- Kockott**, Götz/**Pschyrembel Redaktion**: *Geschlecht*, 2020, verfügbar unter: <https://www.pschyrembel.de/geschlecht/K08P4/doc/> [Zugriff am: 08.02.2022].
- Korte**, Alexander/**Beier**, Klaus M./**Bosinski**, Hartmut A. G.: *Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter – Ausgangsoffene psychotherapeutische Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung durch Einleitung einer hormonellen Therapie? Sexuologie*. 23(3-4), 2016, S. 117–132.
- Kunig**, Philip/**Kämmerer**, Jörn A.: Art. 2. In: Münch, Ingo von/Kunig, Philip (Hrsg.): *Grundgesetz-Kommentar Band 1: Präambel bis Art. 69*. 7. Aufl., München, C.H.Beck, 2020.
- May**, Arnd T./**Westermann**, Stefanie: *Anmerkungen zum Behandlungswunsch transsexueller Minderjähriger*. In: Groß, Dominik/Neuschaefer-Rube, Christiane/Steinmetzer, Jan (Hrsg.): *Transsexualität und Intersexualität: Medizinische, ethische, soziale und juristische Aspekte*. 1. Aufl., Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2008, S. 23–30.
- Meyenburg**, Bernd: *Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter*. 1. Aufl., Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, 2020.

- Meyenburg, Bernd/Kröger, Anne/Neugebauer, Rebecca:** *Transidentität im Kindes- und Jugendalter. Behandlungsrichtlinien und Ergebnisse einer Katamneseuntersuchung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.* 43(1), 2014, S. 47–55.
- Möller, Birgit/Romer, Georg:** *Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie.* 63, 2014, S. 431–436.
- Nebendahl, Mathias:** *Selbstbestimmungsrecht und rechtfertigende Einwilligung des Minderjährigen bei medizinischen Eingriffen. Medizinrecht.* 27(4), 2009, S. 197–205.
- Nieder, Timo/Strauß, Bernhard:** *Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsdysphorie. Zeitschrift für Sexualforschung.* 27(01), 2014, S. 59–76.
- Pichlo, Hans-Günter:** *Transsexualismus - leistungsgerechte und gutachterliche Kriterien für geschlechtsangleichende somatische Maßnahmen aus Sicht des MDK Nordrhein.* In: Groß, Dominik/Neuschaefer-Rube, Christiane/Steinmetzer, Jan (Hrsg.): *Transsexualität und Intersexualität: Medizinische, ethische, soziale und juristische Aspekte.* 1. Aufl., Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2008, S. 119–129.
- Preuss, Wilhelm F./Resch, Franz/Schulte-Markwort, Michael:** *Geschlechtsdysphorie, Transidentität und Transsexualität im Kindes- und Jugendalter. Diagnostik, Psychotherapie und Indikationsstellungen für die hormonelle Behandlung.* 2. Aufl., München, Ernst Reinhardt Verlag, 2019.
- Rauchfleisch, Udo:** *Medizinische Einordnung von Trans*identität*, 2018, verfügbar unter: <https://www.bpb.de/gesellschaft/gender/geschlechtliche-vielfalt-trans/245353/medizinische-einordnung-von-transidentitaet> [Zugriff am: 07.02.2022].
- Rauchfleisch, Udo:** *Transsexualismus – Genderdysphorie – Geschlechtsinkongruenz – Transidentität. Der schwierige Weg der Entpathologisierung*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2019.
- Rixen, Stephan:** Art. 2. In: Sachs, Michael (Hrsg.): *Grundgesetz. Kommentar.* 9. Aufl., München, C.H. Beck, 2021.
- Robles, Rebeca et al.:** *Validity of Categories Related to Gender Identity in ICD-11 and DSM-5 Among Transgender Individuals who Seek Gender-Affirming Medical Procedures. International Journal of Clinical and Health Psychology.* 22(1), 2022.
- Rouka, Stella:** *Das Selbstbestimmungsrecht des Minderjährigen bei ärztlichen Eingriffen*, Frankfurt am Main, Lang, 1996.
- Schneider, Frank/Frister, Helmut/Olzen, Dirk:** *Begutachtung psychischer Störungen.* 4. Aufl., Berlin; Heidelberg, Springer, 2020.
- Siedenbiedel, Mirjam:** *Selbstbestimmung über das eigene Geschlecht.* 1. Aufl., Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 2016.
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)/BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN/Freie Demokratische Partei (FDP):** *Koalitionsvertrag*, 2021, verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1> [Zugriff am: 21.02.2022].
- Specht, Annika A.:** *Symptome, Komorbiditäten und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie*, Leipzig, 2020.

- Spickhoff**, Andreas: *Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit von Minderjährigen im Kontext medizinischer Behandlungen*. *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht*. (6), 2018, S. 412–425.
- Strauß**, Bernhard/**Nieder**, Timo O.: *Vom Transsexualismus zur Geschlechtsdysphorie*. Veränderte diagnostische Konzeptionen in der Transgender-Versorgung. In: Schochow, Maximilian/Gehrmann, Saskia/Steger, Florian (Hrsg.): *Inter*- und Trans*Identitäten: Ethische, soziale und juristische Aspekte*, Gießen, Psychosozial-Verlag, 2016, S. 57–69.
- Tanner**, J. M.: *Wachstum und Reifung des Menschen*, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1962.
- Völmann-Stickelbrock**, Barbara: § 107. In: Prütting, Hanns/Wegen, Gerhard/Weinreich, Gerd (Hrsg.): *Bürgerliches Gesetzbuch: Kommentar*. 13. Aufl., Köln, Luchterhand Verlag, 2018.
- Windel**, Peter A.: *Transidentität und Recht - ein Überblick*. In: Groß, Dominik/Neuschaefer-Rube, Christiane/Steinmetzer, Jan (Hrsg.): *Transsexualität und Intersexualität: Medizinische, ethische, soziale und juristische Aspekte*. 1. Aufl., Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2008, S. 67–79.
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages**: *Ausarbeitung: Störungen der Geschlechtsidentität und Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen*. Informationen zum aktuellen Forschungsstand, 2019, verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/673948/6509a65c4e77569ee8411393f81d7566/WD-9-079-19-pdf-data.pdf> [Zugriff am: 16.02.2022].
- Wölk**, Florian: *Der minderjährige Patient in der ärztlichen Behandlung*. Bedingungen für die Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechts von Minderjährigen bei medizinischen Eingriffen. *Medizinrecht*. 19(2), 2001, S. 80–89.
- World Health Organization (WHO)**: *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, 2021, verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f411470068> [Zugriff am: 07.02.2022].
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH)**: *Standards of Care V7_German*, 2012, verfügbar unter: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_German.pdf [Zugriff am: 12.09.2021].
- Ziegler**, Theo: § 1626. In: Prütting, Hanns/Wegen, Gerhard/Weinreich, Gerd (Hrsg.): *Bürgerliches Gesetzbuch: Kommentar*. 13. Aufl., Köln, Luchterhand Verlag, 2018a.
- Ziegler**, Theo: § 1627. In: Prütting, Hanns/Wegen, Gerhard/Weinreich, Gerd (Hrsg.): *Bürgerliches Gesetzbuch: Kommentar*. 13. Aufl., Köln, Luchterhand Verlag, 2018b.
- Ziegler**, Theo: § 1628. In: Prütting, Hanns/Wegen, Gerhard/Weinreich, Gerd (Hrsg.): *Bürgerliches Gesetzbuch: Kommentar*. 13. Aufl., Köln, Luchterhand Verlag, 2018c.
- Ziegler**, Theo: § 1629. In: Prütting, Hanns/Wegen, Gerhard/Weinreich, Gerd (Hrsg.): *Bürgerliches Gesetzbuch: Kommentar*. 13. Aufl., Köln, Luchterhand Verlag, 2018d.
- Ziegler**, Theo: § 1631. In: Prütting, Hanns/Wegen, Gerhard/Weinreich, Gerd (Hrsg.): *Bürgerliches Gesetzbuch: Kommentar*. 13. Aufl., Köln, Luchterhand Verlag, 2018e.
- Ziegler**, Theo: § 1666. In: Prütting, Hanns/Wegen, Gerhard/Weinreich, Gerd (Hrsg.): *Bürgerliches Gesetzbuch: Kommentar*. 13. Aufl., Köln, Luchterhand Verlag, 2018f.

Rechtsprechungsverzeichnis

Bundesgerichtshof, Urteil v. 16.11.1971 (Az. VI 2R 76/70)

Bundesgerichtshof, Urteil v. 05.12.1958 (Az. VI ZR 266/57)

Bundesverfassungsgericht, Urteil v. 19.02.2013 (Az. 1 BvL 1/11)

Bundesverfassungsgericht, Beschluss v. 26.02.2008 (Az. 2 BvR 392/07)

Bundesverfassungsgericht, Urteil v. 31.01.1989 (Az. 1 BvL 17/87)

Bundesverfassungsgericht, Urteil v. 09.02.1982 (Az. 1 BvR 845/79)

Bundesverfassungsgericht, Beschluss v. 29.07.1968 (Az. 1 BvL 20/63, 31/66 und 5/67)

Rechtsquellenverzeichnis

Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5252) geändert worden ist.

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100- 1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 u. 2 Satz 2 des Gesetzes vom 29. September 2020 (BGBl. I S. 2048) geändert worden ist.

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere hiermit an Eides Statt, dass ich die vorgelegte Bachelorarbeit selbstständig verfasst, nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie alle Stellen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommen wurden, als solche kenntlich gemacht habe und die Bachelorarbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt wurde.

Die gedruckte und digitalisierte Version der Bachelorarbeit sind identisch.

Meißen, 31.03.2022

Unterschrift