

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik  
und Psychotherapie, Nußbaumstraße 5a · 80336 MünchenDeutscher Bundestag  
Ausschuss für Inneres und Heimat  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin**Dienstgebäude:**  
Paul-Löbe-Haus, Konrad-Adenauer-Str. 1, 10557 BerlinStellvertretender Direktor  
Leitender Oberarzt  
Dr. med. Alexander Korte, M.A.Tel. +49 89 4400-55903  
Fax +49 89 4400-55902  
[alexander.korte@med.uni-  
muenchen.de](mailto:alexander.korte@med.uni-muenchen.de)[www.kjp.med.uni-muenchen.de](http://www.kjp.med.uni-muenchen.de)

## Fachärztliche & sexualwissenschaftliche Stellungnahme

zu den Referentenentwürfen zur Aufhebung des Transsexuellengesetzes  
und zum Erlass eines ›Gesetzes zur geschlechtlichen Selbstbestimmung‹

- a. *Entwurf eines Gesetzes zur Aufhebung des Transsexuellengesetzes  
und Einführung eines Selbstbestimmungsgesetzes*  
(Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – **BT-Drucksache 19/19755**)
- b. *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der geschlechtlichen Selbstbestimmung* (Fraktion  
FDP – **BT-Drucksache 19/20048**)
- c. *Fremdbestimmte Operationen an trans- und intergeschlechtlichen Menschen –  
Aufarbeiten, Entschuldigen und Entschädigen*  
(Fraktion DIE LINKE. – **BT-Drucksache 19/17791**)

Im Folgenden soll Stellung bezogen werden zu den drei von den Oppositions-  
parteien vorgelegten Gesetzesentwürfen. Dazu erscheint es unabdingbar, kurz  
auch auf die erfolgte Novellierung des PStG einzugehen und im Zuge dessen aus  
Sachverständigensicht die jüngsten ›rechtspolitischen Irrwege‹ aufzuzeigen bzw.  
die augenscheinlichen Missverständnisse auszuräumen, die den Diskurs über die  
Selbstbestimmungs- und Persönlichkeitsrechte von ›intersexuellen‹ und ›trans-  
geschlechtlichen‹ Menschen seit längerem kennzeichnen. Des Weiteren ist es  
naheliegend, den vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz  
(BMJV) zuletzt vorgelegten, revidierten Entwurf eines *Gesetzes zum Schutz von  
Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung* vor ›geschlechtsverändernden‹  
operativen Eingriffen (BT-Drucksache 566/20)<sup>1</sup> in die Analyse einzubeziehen. Der  
Fokus bei der vorgenommenen Bewertung sämtlicher Gesetzesentwürfe richtet  
sich neben allgemein sexualmedizinischen auch auf spezielle kinder- und jugend-  
psychiatrische bzw. entwicklungspsychologische Aspekte.

Vorstand

Ärztlicher Direktor:  
Prof. Dr. med. Karl-Walter Jauch  
(Vorsitz)Kaufmännischer Direktor:  
Markus ZendlerPflegedirektor:  
Marcus HuppertzVertreter der Medizinischen Fakultät:  
Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel  
(Dekan)Institutionskennzeichen:  
260 914 050Umsatzsteuer-ID:  
DE813536017Das Klinikum der Universität München  
ist eine Anstalt des Öffentlichen Rechts

<sup>1</sup> [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2020/0501-0600/566-20.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2020/0501-0600/566-20.pdf?__blob=publicationFile&v=1)

## I. Zur Novellierung des Personenstandsrechts und dessen Anwendungsbereich – Bewertung aus sexualmedizinischer und -wissenschaftlicher Perspektive

Aus ärztlich-psychotherapeutischer und sexualwissenschaftlicher Sicht ist grundsätzlich jede verfassungsgemäße gesetzliche Regelung begrüßenswert, die dazu beiträgt, Menschen, die aufgrund einer nachgewiesenen *Störung der körperlich-sexuellen Entwicklung* (vormals *Intersexualität*, engl. *Disorders of Sex Development*, DSD,<sup>2</sup> entsprechend der Klassifikation der Chicagoer Konsensuskonferenz von 2005) sich weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zuordnen lassen, und Menschen mit geschlechtsbezogenem Identitätskonflikt (*Geschlechtsinkongruenz*, *Geschlechtsdysphorie*, *Transsexualität*) in ihren Grundrechten zu stärken und die genannten Personengruppen vor Diskriminierung im Alltag zu schützen.

Auch die vom Gesetzgeber geschaffene **Möglichkeit eines anderen positiven Geschlechtseintrags jenseits des männlichen oder weiblichen Geschlechts** (*›divers‹*, BGB 1 S. 2635) kann in besonders gelagerten Fällen, in denen sich die von DSD Betroffenen weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugehörig fühlen, sich gleichwohl nicht als ›geschlechtslos‹ begreifen, sinnvoll sein – wobei die Erfahrung seit Inkrafttreten der diesbezüglichen gesetzlichen Neuregelung (§ 22 Abs. 3 PStG) zeigt, dass von dieser Option nur selten Gebrauch gemacht wird (was jedoch aufgrund des Imperativs des allgemeinen Persönlichkeitsrechts und des Gebots des Minderheitenschutzes rechtspolitisch irrelevant ist). Begrüßenswert ist überdies die durch den § 45b PStG eröffnete, inzwischen alltagsbewährte **Möglichkeit für Menschen mit DSD, ihren Geschlechtseintrag ändern zu lassen** und, sofern gewünscht, den Vornamen – nach Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung gemäß § 45b Abs. 3 Satz 1 PStG (bzw. durch eidesstattliche Erklärung gegenüber dem Standesamt in speziellen, konkret definierten Ausnahmefällen gemäß § 45b Abs. 3 Satz 2 PStG).

Mittlerweile wurde durch Urteil des BGH klargestellt, dass der Anwendungsbereich des § 45b PStG sich *nicht* auf Personen erstreckt, die sich als transsexuell, ›transident‹ o.ä. selbstkategorisieren oder auf Menschen, bei denen ärztlicherseits eine Geschlechtsdysphorie (DSM-5) bzw. Geschlechtsinkongruenz (ICD-11) *ohne* gleichzeitig vorliegende DSD-Konstellation diagnostiziert wurde oder zu diagnostizieren ist. Die Anwendung des § 45b PStG auf diese Personengruppe ist demnach also rechtsfehlerhaft und Ärzte, die nichtsdestotrotz ein – nicht vorhandenes – DSD attestieren, setzen sich mit dem Ausstellen eines unrichtigen Gesundheitszeugnisses der Gefahr der Strafbarkeit gem. § 278 StGB aus. Die Richtigstellung seitens des BGH hielt die *Deutsche Gesellschaft für Transidentität (dgti)* e.V. nicht davon ab, über ihre Internetseite und weitere Informationskanäle die Rechtsauffassung zu verbreiten, der zufolge die §§ 45 b, 22 Abs. 3 PStG auch auf trans-Personen anwendbar und zur Umgehung des Transsexuellen-Gesetzes zu nutzen seien. Konsequenterweise wurde/n in Positionspapieren der *dgti* fortan Transsexualität respektive *›Transidentität‹* fälschlicherweise als *›Variante/n der Geschlechtsentwicklung‹* ausgewiesen bzw. darunter subsummiert, was eine nicht näher quantifizierte Anzahl von Menschen mit transsexuellem Wunsch bzw. Geschlechtsinkongruenz motivierte, unter Vorlage einer entsprechenden – wahrheitswidrigen – ärztlichen Bescheinigung beim Standesamt, eine Personenstands- und Namensänderung zu erwirken.

---

<sup>2</sup> Aus ärztlicher Perspektive ist das Akronym *›DSD‹* zu bevorzugen, weil es dem internationalen Sprachgebrauch entspricht und weil jenseits der anhaltenden Diskussion um die ›richtige‹ (nicht-wertende) Nomenklatur dem ärztlichen Auftrag – nämlich Behandlung von krankheitswertigen Zuständen – am besten gerecht wird. Vgl.: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/BAeK-Stn\\_DSD.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/BAeK-Stn_DSD.pdf)

☞ Die Entscheidung und Urteilsbegründung des BGH vom 22.04.2020 (Aktenzeichen XII ZB 383/19)<sup>3</sup> sowie der dadurch deutlich gewordene, offensichtliche Nachbesserungsbedarf des zur Rede stehenden Gesetzes zeigen, dass die seinerzeit von Seiten des ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts vorgebrachte Begründung für seine Forderung nach Novellierung des Personenstandsrechtes *a priori* **erhebliches Potential für grundlegende (folgeschwere) Missverständnisse** in sich barg – worauf die Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGSMTW) bereits in ihrer Stellungnahme vom 17. Mai 2018 dezidiert hingewiesen hatte.<sup>4</sup> Die Kritik bezieht sich auf

- *erstens*, die fehlende Differenzierung zwischen subjektivem Zugehörigkeitsgefühl, respektive der daraus abgeleiteten *Selbstkategorisierung* einer Person und ihrem, sofern *keine* DSD-Kondition vorliegt, faktisch gegebenen eindeutigen *biologischen* Geschlecht;<sup>5</sup>
- *zweitens*, die unglücklicherweise vollzogene Gleichsetzung von (geschlechtsbezogenem) Identitätsempfinden und *Geschlechtseintrag* im amtlichen Geburtsregister – was faktisch die Abschaffung der Kategorie ›Geschlecht‹, die auf biologisch-körperlichen Merkmalen von Menschen beruht, im deutschen Rechtssystem bedeutet bzw. nach sich zieht;
- *drittens*, die in den Ausführungen des BVerfG seinerzeit ausgebliebene oder zumindest nur unzureichend vorgenommene *Abgrenzung* von *DSD* (›Varianten der Geschlechtsentwicklung‹) zu *Transsexualität*, obwohl diese nicht nur aus medizinischer Sicht notwendige Unterscheidung zuvor explizit auch vom Deutschen Ethikrat betont worden war.<sup>6</sup>

## II. Zur Ausdehnung der Regelungsentwürfe zum PStG / ›Selbstbestimmungsgesetz‹ auf Menschen mit Transsexualität, Geschlechtsdysphorie oder -inkongruenz

Auch für medizinische Laien dürfte dieser grundlegende Unterschied leicht verständlich sein: Unter *Störungen/›Varianten‹ der Geschlechtsentwicklung – DSD* in der internationalen Literatur – werden angeborene Variationen der genetischen, hormonalen, gonadalen und genitalen Anlagen eines Menschen verstanden, infolge derer das Geschlecht der betroffenen Person nicht mehr eindeutig den biologischen Kategorien ›männlich‹ oder ›weiblich‹ zugeordnet werden kann. Menschen mit *Transsexualität* hingegen erleben die ihnen zugewiesene soziale Geschlechtsrolle als nicht passend (›inkongruent‹) und leiden i.d.R. mehr oder weniger stark unter dem Gefühl der Nicht-Zugehörigkeit zu ihrem (biologisch-anatomisch) eigentlich *eindeutigem*, körperlichen Geschlecht sowie den mit diesem zusammenhängenden gesellschaftlich-kulturellen Rollenerwartungen. Geht das Inkongruenz-

<sup>3</sup> »Der Anwendungsbereich der §§ 45 b, 22 Abs. 3 PStG ist auf Personen beschränkt, die körperlich weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zuzuordnen sind. Personen mit lediglich empfundener Intersexualität sind hiervon nicht erfasst. Personen mit einer lediglich empfundenen Intersexualität können aber entsprechend § 8 Abs. 1 TSG erreichen, dass ihre auf ›weiblich‹ oder ›männlich‹ lautende Geschlechtsangabe im Geburtenregister gestrichen oder durch ›divers‹ ersetzt wird.«

<sup>4</sup> <https://www.dgsmtw.de/news/> - Vgl. Stellungnahme der DGSMTW zur Änderung des Personenstandsrechts

<sup>5</sup> Im Kern zugrunde liegt diesem Missverständnis *zum einen* die – im Kontext einer ausschließlich ideologisch begründeten Dekonstruktion von Geschlecht vollzogene – **fragwürdige Aufhebung der ›Sex-Gender-Differenz‹**, die mit der Alltagswirklichkeit der Gesellschaft ebenso wenig zu vereinbaren ist wie mit den praktischen Erfordernissen des Rechtsverkehrs (im Zuge der Durchsetzung all jener Rechte und Pflichten, die an das Geschlecht geknüpft sind); *zum anderen* die – ebenfalls diskussionswürdige – **Privilegierung des subjektiven Identitätsgefühls**, welches zur geschlechtsbestimmenden Instanz wird. Dazu folgende Erläuterung: Im Englischen bezeichnet ›Sex‹ das biologisch-anatomische Geschlecht eines Menschen, ›Gender‹ hingegen das soziale Geschlecht, d.h. die sozial eingenommene Geschlechtsrolle, sowie das geschlechtsbezogene Identitätsempfinden der Person.

<sup>6</sup> [https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/DER\\_StnIntersex\\_Deu\\_Online.pdf](https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/DER_StnIntersex_Deu_Online.pdf)

Erleben mit einem klinisch relevanten Leidensdruck und einer Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder in anderen wichtigen Funktionsbereichen einher, spricht man von *Geschlechtsdysphorie*.

Die Bundesärztekammer hat in ihrer ausführlichen Stellungnahme<sup>11</sup> vom 14.02.2020 deutlich gemacht, dass sich mit Intersexualität/DSD und Transsexualität **sehr unterschiedliche medizinische, rechtliche und ethische Fragestellungen** verbinden und damit auch begründet, warum es hier einer **differenzierten, jeweils eigenen rechtlichen Regelung bedarf**.

☞ *Sämtliche* vorliegende Referenten-/Gesetzesentwürfe der Fraktionen der drei Oppositionsparteien BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE mangeln daran, dass die aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht zwingend erforderliche Unterscheidung nicht oder nur unzureichend getroffen wird bzw. dass in den Ausführungen die je unterschiedlichen Konditionen verschiedenartiger ›Gesundheits-‹ bzw. Krankheitszustände (aus ärztlicher Sicht) in unsinniger Weise rechtspolitisch vermischt werden. Anders formuliert und auf den Punkt gebracht: Intersexuelle und transsexuelle Menschen werden, entgegen des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes und ungeachtet der von ärztlicher Seite wiederholt in mehrfachen Stellungnahmen verschiedener Fachgesellschaften (darunter die DGKJP<sup>10</sup> und DGSMTW<sup>4</sup>) vorgenommenen Richtigstellung, fortwährend weiter in einen Topf geworfen – warum?

Unabhängig davon scheint es nicht ausgeschlossen, dass durch eine ausschließliche Selbstdefinition der eigenen Geschlechtszugehörigkeit einer **problematischen Beliebigkeit** in der offiziellen geschlechtlichen Zuordnung, mit dann auch verwirrenden gesellschaftlichen und rechtlichen Konsequenzen, der Weg geebnet wird. So werden aus Sicht des Sachverständigen die **gleichstellungspolitische Perspektive total vernachlässigt** sowie Frauen- und Mädchenrechte nicht berücksichtigt, z.B. deren begründeter Rechtsanspruch auf (männereklusive) Schutzräume u.v.m., worauf die *Women's Human Rights Campaign* in einer ausführlichen Stellungnahme zu den zur Rede stehenden Gesetzesentwürfen zurecht hinweist.<sup>7</sup>

Die Entwürfe von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sehen die Einführung eines ›Selbstbestimmungsgesetzes‹ bzw. ›Gesetzes zur Stärkung der geschlechtlichen Selbstbestimmung‹ bei gleichzeitiger Forderung nach Aufhebung des TSG vor. Angestrebt wird, dass nach entsprechender Veränderung des Personenstandsgesetzes zukünftig eine jede Person mit Vollendung des 14. Lebensjahres gegenüber dem Standesamt (auf dem Wege eines reinen Verwaltungsaktes) rechtskräftig erwirken können soll, dass die Angabe zu ihrem Geschlecht und Personenstand im Personenregister durch eine andere in § 22 Absatz 3 PstG vorgesehene Bezeichnung ersetzt oder gestrichen werden soll. Für eine Person, die geschäftsunfähig ist oder das 14. LJ. noch nicht vollendet hat, soll ihr/e gesetzliche/r Vertreter/in die Erklärung abgeben; in dem Fall, dass Letztere/r dies verweigert, soll die Abgabe der Erklärung, sofern die Änderung der Angabe zum Geschlecht und/oder der Vornamen dem Kindeswohl nicht widerspricht, ersatzweise durch das Familiengericht erfolgen, und zwar auf dem Wege einer Kindschaftssache nach Buch 2 Abschnitt 3 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit. Die Abgabe einer erneuten, abweichenden Erklärung soll frühestens 12 Monate ab Inkrafttreten der vorangegangenen Erklärung möglich sein. Es stellt sich hier – unter anderem – sogleich die Frage,

- *erstens*, wer denn die Bewertung vornehmen soll, ob die Änderung der Angabe zum Geschlecht und der Vornamen dem Kindeswohl entspricht (oder diesem zuwiderläuft) und

---

<sup>7</sup> <https://womensdeclaration.com/en/country-info/germany/whrc-deutschland-aktuellesgesetzsesinitiativen/>

- *zweitens*, ob Kinder mit Vollendung des 14. Lebensjahres regelhaft in der Lage sind, die Bedeutung, Tragweite und die Folgen einer solchen Entscheidung einschätzen zu können?

Eine kritische Reflexion dieser zwei Aspekte und der Versuch, die Fragen aus kinder-/jugendpsychiatrischer und entwicklungspsychologischer Perspektive ansatzweise zu beantworten, soll im Anschluss erfolgen. Diesbezüglichen Überlegungen zur anhaltenden Diskussion um die Festlegung von definierten Altersgrenzen für die Einwilligungsfähigkeit von Kindern bei genitalverändernden chirurgischen Eingriffen an den inneren oder äußeren Geschlechtsmerkmalen des Kindes werden für die von *DSD* betroffenen Minderjährigen (Absatz III.) und diejenigen Kinder und Jugendlichen mit überdauernder *Geschlechtsdysphorie* bzw. möglicher transsexueller Entwicklung (Absatz IV.) getrennt vorgenommen wird.

Die Debatte über die Sinnhaftigkeit bzw. Vertretbarkeit einer Aufhebung des TSG und Abschaffung der Begutachtungspraxis zur Vornamens-/Personenstandsänderung auch bei Minderjährigen wird seit geraumer Zeit innerhalb der Fachverbände/-gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie sowie unter Angehörigen des Berufsstandes der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten kontrovers geführt. Wie bei medizinischen Entscheidungen sind aus Sicht des Sachverständigen auch bei der Einleitung juristischer Schritte zur Personenstandsänderung hohe Anforderungen zu stellen. Dies ist, losgelöst (sic!) von medizinischen Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung, bereits vor Erreichen der Volljährigkeit möglich; dazu ist erforderlich, dass die Sorgeberechtigten den Antrag des/der Jugendlichen beim zuständigen Amtsgericht unterstützen und das Anliegen von zwei unabhängigen, hinsichtlich ihrer Qualifikation ausgewiesenen, vom Gericht bestellten Gutachtern medizinisch begründet wird. In der Diskussion über eine Abschaffung der Begutachtung zur Personenstandsänderung auch bei Kindern und Jugendlichen mit Transitionswunsch haben der Sachverständige und die DGSMTW ihre große Skepsis ausführlich dargelegt.<sup>8</sup>

 **Die vorgebrachten Argumente und die Begründung für eine Beibehaltung des Begutachtungsverfahrens zumindest bei nicht volljährigen Antragsstellern sind so umfassend und komplex, dass eine erschöpfende Darstellung den Rahmen dieser Stellungnahme sprengen würde. Es muss deshalb in diesem Punkt auf die entsprechende Fachpublikation verwiesen werden, die als Anlage 1 der Stellungnahme beigelegt wird.**

### III. Zur Forderung eines Operationsverbots bei unter 14-jährigen Kindern mit **DSD**, deren Einwilligungsfähigkeit und dem Problem starrer rechtlicher Altersgrenzen

Über die medizinisch unhaltbare Gleichsetzung von Inter- und Transgeschlechtlichkeit hinaus ist zu beklagen, dass ein weiterer, zentraler Aspekt in der Debatte völlig unberücksichtigt bleibt: Die unter dem Akronym »DSD« zusammengefassten Störungen />Varianten« der Geschlechtsentwicklung stellen eine höchst **heterogene Gruppe von Abweichungen der Geschlechtsdeterminierung oder -differenzierung** dar. Angesichts dessen ist eine Regelung mit starrer Altersgrenze für die Durchführung von Operationen, so wie sie in den diversen Referentenentwürfen vorgesehen ist, wenig sinnvoll, weil eine solche Festlegung den je unterschiedlichen medizinischen Behandlungsnotwendigkeiten im konkreten Einzelfall (im Sinne einer personalisierten Medizin) nicht Rechnung trägt,

---

<sup>8</sup> Korte, A., Schmidt, H., Mersmann, M., Bosinski, H.A.G., Beier, K.M. (2016): Zur Debatte über das TSG: Abschaffung der Begutachtung zur Vornamensänderung auch bei Minderjährigen mit der Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung? *Z Sexualforsch* 29: 48-56.

sondern zuwiderläuft. Teils konterkariert dies die Grundsätze einer evidenzbasierten, an der gültigen AWMF-Leitlinie orientierten Behandlung,<sup>9</sup> die sich gerade durch eine differenzierte Indikationsstellung und ggf. (medizinisch begründbare) Einzelfallentscheidung auszeichnet. Die erhobene Forderung nach einem **generellen Operationsverbot bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres entspricht also nicht dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft**. Andererseits wird in den Gesetzesentwürfen gefordert, dass ein Kind mit Vollendung des 14. Lebensjahres prinzipiell selbst und ggf. auch ohne Zustimmung der Sorgeberechtigten über die Durchführung eines solchen chirurgischen Eingriffs bestimmen kann, vorausgesetzt, dass das Kind einwilligungsfähig ist, die Zustimmung der Eltern durch Genehmigung seitens des Familiengerichts ersetzt wird und der Eingriff dem Wohl des Kindes nicht widerspricht. Dies wirft weitere Fragen auf und ist in zweierlei Hinsicht problematisch:

- Die Bedingung, dass auch im Falle einer zweifelsfrei bestehenden medizinischen Indikation zum operativen Eingriff eine *Genehmigung durch das Familiengericht* vorliegen muss, ist schwer vermittelbar, wäre mit einer zusätzlichen Belastung der Betroffenen verbunden und zöge überdies einen nicht unerheblichen bürokratischen Aufwand nach sich.
- Davon abgesehen ist eine *starre Altersregelung, ab wann ein Kind einsichts- und autonom einwilligungsfähig ist*, unvereinbar mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie sowie diesbezüglichen klinisch-empirischen Erfahrungen; darüber eine Entscheidung zu treffen obliegt wiederum den Spezialist/innen, wäre Gegenstand eines kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychologischen Sachverständigengutachtens.

Die **Feststellung der Einsichtsfähigkeit eines Kindes** ist eine komplexe ärztlich-psychologische Angelegenheit. Dies ist auch die Position der *Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)*, die sich in einer Stellungnahme eigens dazu geäußert hat.<sup>10</sup> Als Begründung für die Sinnhaftigkeit, respektive Notwendigkeit der Einbeziehung einer speziellen *kinder- und jugendpsychiatrischen Expertise* führt die DGKJP den Umstand an, dass betroffene Kinder/Jugendliche mit DSD nicht selten an koinzidenten oder sekundären psychischen Störungen leiden und zudem bei einigen Formen der Intersexualität eine Intelligenzminderung vorliegt, welche die Einschätzung der Einsichtsfähigkeit zusätzlich erschwert. Zusammenfassend ist festzuhalten:

**Die Indikationsstellung für eine operative Intervention bei Minderjährigen mit Störungen/Varianten der Geschlechtsentwicklung (DSD) ist vorrangig eine ärztliche Aufgabe, nicht aber eine rechtliche.** Deshalb kann durchaus hinterfragt werden, ob es sich bei dieser komplexen medizinischen Fragestellung überhaupt um einen rechtlichen Regelungsgegenstand handelt. Zu diesem Schluss kam auch die Bundesärztekammer (BÄK) in ihrer – vom Sachverständigen begrüßten – Stellungnahme<sup>11</sup> vom 14.02.2020 zum (inzwischen überarbeiteten) *Referentenentwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern vor geschlechtsverändernden operativen Eingriffen des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz*. Unter Punkt 4. *Vorschlag für einen sachgerechten Regelungsansatz*, empfiehlt die BÄK

[...] »die Ergebnisse der vom BMG initiierten Forschungsprojekte zur systematischen Erfassung der Betroffenen und zur wissenschaftlichen Bewertung ihrer Leitlinien-gerechten Behandlung abzuwarten, um auf dieser Basis bewerten zu können, ob und ggf. in welchem Maße rechtliche Regelungen notwendig sind. Auf dieser Basis sollte [...]

<sup>9</sup> [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/174-0011\\_S2k\\_Geschlechtsentwicklung-Varianten\\_2016-08\\_01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/174-0011_S2k_Geschlechtsentwicklung-Varianten_2016-08_01.pdf)

<sup>10</sup> <https://www.dgkjp.de/gesetz-zum-schutz-vor-geschlechtsveraendernden-operativen-eingriffen/>

<sup>11</sup> [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/2020-02-14\\_BAEK\\_Stellungnahme-RefE-DSD.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/2020-02-14_BAEK_Stellungnahme-RefE-DSD.pdf)

*eine den mit der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD) einhergehenden komplexen medizinischen Fragestellungen gerecht werdende rechtliche Regelung in einem eigenständigen Gesetz erfolgen. Analog zu bewährten Regelungen des Speziellen Medizinrechts [...] sollte eine Rechtsgrundlage für die Feststellung des Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Versorgung von Menschen mit Störungen der sexuellen Entwicklung geschaffen werden, um eine sachgerechte und differenzierte Regelung dieser komplexen Materie zu ermöglichen und so das Anliegen, die Gesundheitsversorgung von Menschen mit DSD weiter zu verbessern, zu befördern« (ebd. S. 13)*

Der nachgebesserte, in weiten Teilen grundlegend veränderte **Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (BT-Drucksache 566/20)**<sup>1</sup> vom 25.09.2020 hat erfreulicherweise wesentliche Kritikpunkte der Stellungnahme der BÄK aufgegriffen und strebt, indem nun zukünftig die **Indikationsstellung zum Eingriff durch eine interdisziplinäre Kommission** erfolgen soll, einen Kompromiss an. Demnach können

- die Eltern in einen genital-/geschlechtsverändernde Operation nur einwilligen, wenn diese »nicht bis zu einer selbstbestimmten Entscheidung des Kindes aufgeschoben werden kann.«
- »Die Einwilligung nach Absatz 2 Satz 1 bedarf [zudem] der Genehmigung des Familiengerichts, es sei denn, der operative Eingriff ist zur Abwehr einer Gefahr für das Leben oder für die Gesundheit des Kindes erforderlich und kann nicht bis zur Erteilung der Genehmigung aufgeschoben werden. Die Genehmigung ist auf Antrag der Eltern zu erteilen, wenn der geplante Eingriff dem Wohl des Kindes am besten entspricht.
- Legen die Eltern dem Familiengericht eine den Eingriff befürwortende Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission nach Absatz 4 vor, wird vermutet, dass der geplante Eingriff dem Wohl des Kindes am besten entspricht.« (ebd. S. 1).

Die Zusammensetzung der interdisziplinären Kommission ist im Einzelnen geregelt. Besonders hervorzuheben ist, dass auch der eindringlichen Empfehlung der DGKJP Folge geleistet wurde, eine Fachkraft in den Entscheidungsprozess einzubeziehen, die über eine kinder- und jugendpsychiatrische oder psychologische, kinder- und jugendpsychotherapeutische Berufsqualifikation verfügt. Zudem wurde **auf eine gesetzliche Festlegung der Altersgrenze für die Einwilligungsfähigkeit eines betroffenen Kindes/Jugendlichen verzichtet.**

☞ Anders als die Verantwortlichen im Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz haben die Verfasser/innen der Referentenentwürfe von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE bedauerlicher Weise die Chance *nicht* für sich zu nutzen gewusst, die ausführlichen Empfehlungen der Bundesärztekammer sowie die differenziert vorgebrachten, erstrangig am Patientenwohl orientierten, inhaltlichen Einwände der ärztlichen Fachgesellschaften gegen den ersten ursprünglichen Gesetzesentwurf der Bundesregierung zu beheben. Tatsächlich entsteht der Eindruck, dass ärztliche Sachverständige bei der Abfassung der Gesetzesentwürfe der vorgenannten Oppositionsfraktionen nicht einbezogen wurden.

#### **IV. Frage der Einwilligungsfähigkeit und ethischen Vertretbarkeit geschlechtsverändernder Maßnahmen bei Minderjährigen mit **Geschlechtsdysphorie****

Auf die wissenschaftlich nicht haltbare und damit unbegründete Vermengung zweier grundsätzlich unterschiedlicher (»Gesundheits« bzw.) Krankheitszustände, angesichts derer die vorgenommene Ausdehnung der rechtspolitischen Regelungsentwürfe zum PStG bzw. zum »Selbstbestimmungsgesetz« auf transsexuelle Personen von vornherein kritisch hinterfragt bzw. strikt zurückgewiesen werden muss, wurde bereits hingewiesen (s.o.).

Hinsichtlich der Einsichts-/Einwilligungsfähigkeit von Minderjährigen mit möglicher transsexueller Entwicklung ist festzuhalten: **Kinder und (teils auch) Jugendliche können die Bedeutung, Tragweite und Folgen einer somato-medizinischen Transitionsbehandlung** – d. h. irreversible körpermodifizierende Maßnahmen zur äußeren Geschlechtsangleichung (entwicklungsverändernde Pubertätsblockade durch GnRH-Analoga, konträrgeschlechtliche Hormonsubstitution mit Östrogen-/Testosteron-Präparaten, genital-chirurgische Eingriffe und eventuell weitere ästhetisch-medizinische Interventionen) – **nicht hinreichend erfassen**; sie sind deshalb **in dieser Frage keineswegs autonom einwilligungsfähig**. Die Gründe dafür liegen in der eingeschränkten sozio-emotionalen und kognitiven Kapazität in Verbindung mit einer vor Pubertätsabschluss naturgemäß noch nicht abgeschlossenen psycho-sexuellen Entwicklung von Kindern mit klinisch relevanten Symptomen einer Geschlechtsdysphorie.

☞ Vor dem Hintergrund der klinisch-empirischen Erfahrung mit betroffenen Patienten (beiderlei Geschlechts) und in Kenntnis der besonderen Modalitäten und möglichen Differenzialdiagnosen in dieser Altersgruppe, in der wesentliche Reifungsschritte eben noch *nicht* vollzogen sind, lassen sich eine Reihe triftiger, entwicklungspsychologisch/-psychiatrischer Argumente sowie gewichtige, am Wohlergehen der Betroffenen orientierte (Schadensvermeidungsprinzip, Grundsatz des *primum nihil nocere*) ethische Gründe anführen, warum eine **frühzeitige Weichenstellung und insbesondere die Einleitung irreversibler (chirurgischer) Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung ärztlicherseits (i.d.R.) nicht befürwortet** werden können. In Anlehnung an die von Beauchamp und Childress<sup>12</sup> formulierten, international anerkannten Prinzipien der deduktiven Medizinethik lässt sich hier sowohl aus der *Wohlergehensperspektive* als auch der *Autonomieperspektive* argumentieren.

Bei umstandsloser Übertragung von bei Erwachsenen vorrangigen Prinzipien wie Autonomie und Selbstbestimmung droht die besondere rechtliche Schutzwürdigkeit von Kindern in den Hintergrund zu treten. Der Gesetzgeber hat in anderem, der Sache nach vergleichbarem Zusammenhang die eingeschränkte Einwilligungsfähigkeit von Minderjährigen erkannt und dem Rechnung getragen: So wurde Selbiges in der Begründung für die Gesetzesinitiative zum Werbeverbot von Schönheitsoperationen für Kinder und Jugendliche (BMG, 2019)<sup>13</sup> sehr wohl berücksichtigt und argumentiert, dass Kinder und Jugendliche vor spezifischen sozialen und kulturellen Einflüssen geschützt werden müssten, weil sie aufgrund pubertätstypischer Verunsicherungen hinsichtlich ihres Körperbildes in besonderem Maße gefährdet seien, sich in selbstschädigender Weise dem Diktat eines medial verbreiteten Schönheits- und Schlankheitsideal zu unterwerfen. Hier wurde Minderjährigen also nicht die erforderliche Weitsicht und entsprechende Entscheidungskompetenz zugetraut und zugemutet.

Einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Debatte über die bestmögliche medizinische Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendliche bietet eine vom Wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestags erstellte Ausarbeitung vom 15.11.2019, Aktenzeichen WD 9 – 3000 – 079/19 (»Störungen der Geschlechtsidentität und Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen«).<sup>14</sup> Übereinstimmend mit der Bewertung des Wissenschaftlichen Dienstes des Dt. Bundestags gelangt auch die *Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)* in ihrer bereits erwähnten Stellungnahme zu dem Schluss, dass

<sup>12</sup> Beauchamp TL, Childress JF. (2001). Principles of biomedical ethics. 5th. New York: Oxford University Press

<sup>13</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2019/werbeverbot-schoenheits-ops.html>

<sup>14</sup> <https://www.bundestag.de/resource/blob/673948/6509a65c4e77569ee8411393f81d7566/WD-9-079-19-pdf-data.pdf>

☞ *»eine Einwilligungsmöglichkeit mit bereits 14 Jahren in eine geschlechtsumwandelnde, finale Operation und deren Durchführung in diesem Alter bereits in Anbetracht der etablierten fachlich-klinischen Abläufe, die ihre eigene Zeit benötigen, obsolet ist.«<sup>10</sup> (ebd., S. 2)*

Es wird an dieser Stelle ergänzend auf ausführliche Erläuterungen seitens des Sachverständigen im Rahmen von Fachpublikationen<sup>15,16,17,18</sup> und auf die öffentlich zugängliche, in einem Vortrag beim *Deutschen Ethikrat* (Forum Bioethik, 19.02.2020) präsentierte Übersichtsdarstellung<sup>19</sup> sowie auf eine Stellungnahme seitens der DGSMTW<sup>20</sup> als Reaktion auf die Ad-hoc-Empfehlung des Ethikrats<sup>21</sup>) verwiesen.

---

<sup>15</sup> Korte, A., Beier, K.M., Bosinski, H.A.G. (2016): Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter: Ausgangsoffene psychotherapeutische Begleitung oder frühzeitige Festlegung und Weichenstellung durch Einleitung einer hormonellen Therapie? *Sexuologie*, 23(3-4):117-132.

<sup>16</sup> Korte, A., Goecker, D., Krude, H., Lehmkuhl, U., Grüters-Kieslich, A., Beier, K.M. (2008): [Gender identity disorders in childhood and adolescence: currently debated concepts and treatment strategies.] *Geschlechtsidentitätsstörungen (GIS) im Kindes- und Jugendalter – Zur aktuellen Kontroverse um unterschiedliche Konzepte und Behandlungsstrategien.* *Dtsch Arztebl*, 105(48): 834-41.

<sup>17</sup> Korte, A., Wüsthof, A. (2015): Geschlechtsdysphorie und Störungen der Geschlechtsidentität bei Kindern und Jugendlichen. In: Oppelt, Dörr [Hrsg.]; *Kinder- und Jugendgynäkologie.* Stuttgart: Thieme, S. 452-469

<sup>18</sup> Korte, A. (2015): Besonderheiten von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) und deren Behandlung im Kindes- und Jugendalter. In: Stalla, Auer [Hrsg.]; *Therapieleitfaden Transsexualität;* Bremen: Uni Med, S. 70-87

<sup>19</sup> <https://www.ethikrat.org/fileadmin/PDF-Dateien/Veranstaltungen/fb-19-02-2020-korte.pdf>

<sup>20</sup> <https://www.dgsmtw.de/news/> - Schreiben der DGSMTW zur Ad-hoc-Stellungnahme des Deutschen Ethikrates „Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen“

<sup>21</sup> Der Deutsche Ethikrat hat in seiner Stellungnahme zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie (2/2020) wenig Hilfreiches beigetragen, insofern darin lediglich die bestehenden Positionen beschrieben wurden, um für beide Verständnis zu äußern. Die erhoffte Auseinandersetzung bezüglich der ethischen Bewertung ist gerade ausgeblieben.

## V. Zur Forderung des Anspruchs auf Achtung des Selbstbestimmungsrechts bei Gesundheitsleistungen – § 2 des ›Selbstbestimmungsgesetzes‹

Bereits die vom BVerfG und anderen Diskursbeteiligten vollzogene, diskussionswürdige Gleichsetzung von ›Geschlechtsidentität‹ und Geschlecht birgt aus Sicht des Sachverständigen die große Gefahr, dass dadurch Betroffenen eine tiefgehende Auseinandersetzung mit ihrer innerpsychischen Identitätsproblematik erschwert wird und eine selbstkritische Reflexion der individuellen, kausalen Faktoren für das ›Umwandlungsbegehren‹ eben *nicht* stattfindet. Wenn diese Auseinandersetzung ausbleibt, und ein vorschnelles Drängen der/des Betroffenen auf ästhetisch-chirurgische ›Korrektur‹ ihrer/seiner subjektiv als ›falsch‹ empfundenen körperlichen Geschlechtsmerkmale in Richtung ihres – vermeintlich – ›richtigen‹ geschlechtsbezogenen Zugehörigkeitsgefühls unhinterfragt unterstützt wird, so werden die Betroffenen diesen Weg – irrtümlicherweise – als einzig lebenswerte Option ansehen.

☞ In Anbetracht dessen **sollte eine explizite oder implizite Kopplung von juristischen Schritten der Geschlechtsangleichung mit medizinischen Maßnahmen** zur ›Geschlechtsumwandlung‹,<sup>22</sup> respektive die Schlussfolgerung, dass sich aus einem bestehenden Identitätskonflikt ein automatischer Anspruch auf ein absolutes Selbstbestimmungsrecht bei der Inanspruchnahme möglicher (von der Solidargemeinschaft zu finanzierenden) Gesundheitsleistungen ableitet, **unbedingt vermieden werden**. Auch hier gilt: Die Indikationsstellung für eine (potenziell komplikationsanfällige) medizinische Intervention obliegt immer noch dem/der Arzt/Ärztin. Diese/r muss auf der Grundlage entsprechender beruflicher Qualifikation inklusive ausgewiesener *sexualmedizinischer Expertise* in der Lage und auch rechtlich befähigt sein, ärztliche Hilfe in Anspruch nehmende Patientinnen und Patienten<sup>23</sup> zu beraten und gemeinsam mit ihnen nach einer individuellen Lösung zu suchen (sog. *informed consent*).

Das ethische Orientierungsprinzip des *Shared-Decision-Making* ist zweifelsohne von großer Bedeutung, doch darf diesem nicht *per se* Vorrang eingeräumt werden gegenüber realen medizinrechtlichen Verpflichtungen, die sich aus der besonderen Verantwortung des Arztes ergeben, der eine Behandlungsbedürftigkeit und die Zweckmäßigkeit bzw. Notwendigkeit bestimmter Maßnahmen eben erst feststellt. Logischerweise kann ein/e Behandler/in der Verpflichtung, den Entscheidungsprozess *ausgangsoffen* zu begleiten und durch Aufklärung zu unterstützen, nur dann nachkommen, wenn das Ergebnis nicht bereits rechtspolitisch vorweggenommen und die Bewilligung von eventuell medizinisch gar nicht indizierten (sondern sich für den/die Betroffene/n voraussichtlich negativ auswirkenden) Maßnahmen nicht durch ein entsprechendes Gesetz als ›alternativlos‹ festgelegt wird.

☞ Die aus klinischer wie sexualwissenschaftlicher Sicht **notwendige Binnendifferenzierung** innerhalb des heterogenen Spektrums von Betroffenen mit anhaltenden, oftmals – aber nicht in immer – mit großem Leidensdruck einhergehenden (Identitäts-)Konflikten mit Bezug zur eigenen Geschlechtlichkeit wird bedauerlicherweise allzu oft nicht vorgenommen. Für einen Teil der Behandelten wirkt sich dies tragisch aus. Körperverändernde medizinische Maßnahmen sind *keineswegs immer* und *nicht für alle* geschlechtsdysphorischen Personen indiziert, die sich in verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung mit je unterschiedlichen Anliegen vorstellen. Mit großer Sorge und tief bestürzt blickt der Sachverständige auf die wachsende Zahl von – körperlich gesunden

<sup>22</sup> Eine ›Geschlechtsumwandlung‹ ist, anders als der Wechsel der sozialen Geschlechtsrolle und die Durchführung geschlechtsangleichender (*sic!*) körpermedizinischer Maßnahmen, ein Ding der Unmöglichkeit.

<sup>23</sup> Der Begriff Patient/in ist sozialrechtlich belangvoll und lässt sich aus genau diesem Grunde nicht durch andere Begriffe, etwa das substantivierte Partizip ›Behandlungssuchende/r‹ ersetzen.

– jugendlichen Mädchen mit pubertätstypischen Altersrollenkonflikten und/oder Körperbildstörungen (d.h. Schwierigkeiten in der Akzeptanz des sich reifebedingt verändernden Körpers und der Ich-Integration von Sexualität), denen bereits im Alter von 14, 15, 16 Jahren nicht nur die Brüste amputiert, sondern auch Gebärmutter und Eierstöcke entfernt werden.

Die meisten Personen mit einer Geschlechtsdysphorie – vor allem auch betroffene Kinder und Jugendliche – dürften erstrangig von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren, und ihr Leidensdruck dürfte sich darüber signifikant reduzieren lassen. Nur bei Personen mit einer Geschlechtsdysphorie *und* bereits abgeschlossener psychosexueller Entwicklung, bei denen unumkehrbar eine Transposition der Geschlechtsidentität [i. S. einer Transsexualität] erfolgt ist, sind körpermodifizierende Maßnahmen nicht nur zweckmäßig, sondern nach derzeitigem medizinischen Erkenntnisstand notwendig. Ein (wie auch immer formulierter) aus dem geforderten ›Selbstbestimmungsgesetzes‹ abgeleiteter, undifferenziert-pauschaler Rechtsanspruch hingegen stellt ebenso wenig eine hinreichende Indikation für ärztlicherseits – auch gegenüber der Solidargemeinschaft – zu rechtfertigende körperverändernde Maßnahmen dar wie der alleinige Wunsch einer Person nach Verschreibung von Hormonen, genital- oder brustchirurgischen Eingriffen oder weiteren ästhetisch-medizinischen Behandlungen.

## VI. Zur Forderung des Anspruchs auf Entschädigungsleistungen für trans- und intergeschlechtliche Menschen (Antrag der Fraktion DIE LINKE)

An den bislang vorgenommenen Revisionen des TSG seit Inkrafttreten des Gesetzes im Jahr 1981 zeigen sich, neben einem gesellschaftlichen Einstellungswandel, Veränderungen der Rechtsauffassung. Diese betrafen vor allem die Regelungen zur Ehelosigkeit und zur dauerhaften Fortpflanzungsunfähigkeit, letzteres verbunden mit dem – inzwischen als rechtsfehlerhaft erkannten und durch das BVerfG außer Kraft gesetzten – Zwang zur Durchführung entsprechender chirurgischer Maßnahmen als Voraussetzung für die rechtliche Anerkennung der neuen Geschlechtszugehörigkeit. Ob das Erfordernis der Ehelosigkeit tatsächlich, wie in dem Referentenentwurf der Fraktion DIE LINKE behauptet, »*zahlreiche Zwangsscheidungen zur Folge hatte*«, entzieht sich der Kenntnis des Sachverständigen; die Statthaftigkeit eines daraus abgeleiteten Rechtsanspruch auf finanzielle Entschädigung kann somit nicht beurteilt werden, fällt aber auch nicht in die Zuständigkeit des ärztlichen Sachverständigen.

☞ Nicht plausibel hingegen ist aus medizinischer Sicht die Forderung nach Entschädigungsleistungen für Menschen mit transsexuellem Wunsch wegen erfolgter Sterilisierungen, die angeblich im Zuge von TSG-Verfahren durchgeführt worden seien. Denn die betroffenen Personen haben sich ja aufgrund ihres subjektiven Zugehörigkeitsempfindens und des von ihnen verspürten, meist mit massivem Leidensdruck einhergehenden (und oft mit großem Nachdruck vorgetragenen) Umwandlungsbegehrens ganz bewusst *selbst* und unter Inkaufnahme des Verlustes der Fortpflanzungsunfähigkeit *für* eine geschlechtsangleichende Operation entschieden – ob nun im Ergebnis einer freien Willensbildung oder infolge einer (ärztlich diagnostizierten, nach gültigen medizinischen Klassifikationssystemen bis dato als krankheitswertig einzuordnenden) psychischen Störung, bleibt an dieser Stelle dahingestellt.

Bezüglich der ungleich schwierigeren Frage nach einem bestehenden Rechtsanspruch von Menschen mit Störungen/Varianten der Geschlechtsentwicklung (DSD) wegen in der Vergangenheit erfolgten Durchführung von normangleichenden Genitaloperationen, die – im Zuge einer Orientierung an der mittlerweile nicht mehr dem Stand der Wissenschaft entsprechenden *optimal gender policy* –

unbestreitbar stattgefunden haben, wird auf die diesbezügliche Stellungnahme der Bundesärztekammer verwiesen.<sup>2</sup> Die damals praktizierten therapeutischen Strategien haben (aus Sicht des Sachverständigen zu Recht) zum Teil heftige Kritik seitens der Betroffenen hervorgerufen – wobei nicht unerwähnt bleiben sollte, dass sich ein anderer Teil der Betroffenen mit ihrer Behandlung zufrieden zeigt und die seinerzeit an ihnen durchgeführten Eingriffe nicht beanstandet, sondern rückblickend befürwortet.

gez.

Dr. med. Alexander Korte, M.A.

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Sexualtherapeut (Zusatzbezeichnung Sexualmedizin)

Master of Arts (Psychoanalytische Kulturwissenschaften)

**LMU Klinikum**

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie

Campus Innenstadt | Nussbaumstr. 5a | 80336 München

Tel. 089 4400-55903 | Fax 089 4400-55902

E-Mail: [alexander.korte@med.uni-muenchen.de](mailto:alexander.korte@med.uni-muenchen.de)

[www.lmu-klinikum.de](http://www.lmu-klinikum.de) | [www.kjp.med.uni-muenchen.de](http://www.kjp.med.uni-muenchen.de)

## Zur Debatte über das TSG: Abschaffung der Begutachtung zur Vornamensänderung auch bei Minderjährigen mit der Diagnose Geschlechtsidentitätsstörung?

Alexander Korte<sup>a, b</sup>, Heinrich Schmidt<sup>c</sup>, Hartmut A.G. Bosinski<sup>d</sup>,  
Maik Mersmann<sup>a</sup> und Klaus M. Beier<sup>e</sup>

In dem vorliegenden Beitrag beziehen die Autoren Stellung in der aktuellen Debatte über eine Abschaffung des Gesetzes über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen, das so genannte Transsexuellengesetz (TSG). Anknüpfungspunkt ist die Publikation von Meyenburg, Renter-Schmidt und Schmidt (2015), in der zuletzt für die Abschaffung der Begutachtungspflicht plädiert wurde. Demgegenüber argumentieren die Autoren dieses Beitrags, den Vorschlag eines generellen, also auch für Anträge minderjähriger Betroffener geltenden Wegfalls der Begutachtung zur Vornamensänderung aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie kritisch zu hinterfragen. Es wird auf spezielle Anforderungen der Diagnostik, Behandlung und Begutachtung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) eingegangen, die sich bei einer – von den Autoren mit Nachdruck geforderten – Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Aspekte ergeben. Diese Überlegungen, die sich auch auf die Bedeutung familiendynamischer Faktoren erstrecken, geben Anlass zur Befürchtung, dass ein Wegfall der Begutachtung in Fällen, in denen ein Antrag auf Vornamensänderung für unter 16-jährige Patienten gestellt wird, nachteilige Folgen für die Betroffenen und deren Familien haben könnte.

<sup>a</sup> Klinik und Poliklinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der Universität München (LMU)

<sup>b</sup> International Psychoanalytic University Berlin (IPU)

<sup>c</sup> Dr. von Haunersches Kinderspital, Klinikum der Universität München (LMU)

<sup>d</sup> Praxis für Sexualmedizin, Kiel

<sup>e</sup> Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

### **Vorbemerkungen: Debatte um das TSG und Veränderungen der Rechtsauffassung**

Die Begutachtungspraxis im Rahmen des TSG wurde in der Vergangenheit bereits mehrfach kritisch reflektiert, sowohl aus sexualwissenschaftlicher Sicht und von Seiten der forensischen Psychiatrie als auch von Vertretern der Rechtswissenschaften (Bruns 2007; Pfäfflin 2009, 2010, 2015). Vogel (2013) wies darauf hin, dass die (überdauernde) Geschlechtsidentitätsstörung (GIS) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) respektive Transsexualität die einzige psychopathologisch definierte Gesundheitsstörung sei, der ein eigenes Gesetz gewidmet ist.<sup>1</sup> Sigusch (1991) und Pfäfflin (2011) plädierten für die Abschaffung des TSG, selbige Forderung wurde wiederholt von Selbsthilfegruppen erhoben. Gesellschaftlicher Einstellungswandel und Veränderungen der Rechtsauffassung lassen sich auch festmachen an den bislang vorgenommenen Revisionen des TSG seit Inkrafttreten des Gesetzes im Jahr 1981. Diese betrafen die ursprünglich für eine Vornamens- und Personenstandsänderung (VÄ/PÄ) gesetzten Altersgrenzen, die Regelungen zur Ehelosigkeit und zur Fortpflanzungsunfähigkeit, letzteres verbunden mit dem Zwang zur Durchführung entsprechender chirurgischer Maßnahmen als Voraussetzung für die rechtliche Anerkennung der neuen Geschlechtszugehörigkeit.

Die letztgenannten Bedingungen wurden gerichtlich ebenso außer Kraft gesetzt wie die Forderung nach Vorliegen eines gesetzlichen Mindestalters, welches heute – im Kontext der hier aufgegriffenen Debatte ist dies relevant – nicht mehr vorausgesetzt wird. Die VÄ/PÄ kann demnach unabhängig vom Alter vorgenommen werden, wenn die antragstellende Person sich „dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet“ und „seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben“; es müssen zwei Sachverständige hinzugezogen werden, welche eine zukünftige, d. h. lebenslange Irreversibilität der „transsexuellen Prägung“ feststellen müssen und zwar „mit hoher Wahrscheinlichkeit“ (TSG § 1 Abs. 1 Nr. 1 – 2).<sup>2</sup> Allerdings ist es im Falle der Minderjährigkeit aufgrund der eingeschränkten rechtlichen Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen erforderlich, dass die Einleitung der juristischen Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung durch die sorgeberechtigten Eltern (oder ggf. einen gesetzlichen Vormund) veranlasst wird. Diese stellen als gesetzliche Vertreter den Antrag bei Gericht formal im Namen ihres Kindes.

<sup>1</sup> Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit (TSG, 01.01.1981).

<sup>2</sup> Nicht weiter eingegangen werden soll auf die suboptimale Begriffswahl bzw. die offensichtlichen Bedeutungsunterschiede zwischen juristischem und medizinischem Vokabular; insbesondere die Formulierung „transsexuelle Prägung“ wie auch die Beschreibung, dass der/die Betroffene „unter dem Zwang“ stehe, ist ungünstig, da sie fälschlicherweise impliziert, die Ätiologie sei geklärt, und eine psychopathologisch-klassifikatorische Einordnung vornimmt, die als unzutreffend kritisiert werden muss (vgl. Pfäfflin 2009).

Meyenburg et al. (2015) plädieren jetzt, unabhängig vom Alter des/der Antragssteller/in, für eine generelle Abschaffung des TSG-Begutachtungsverfahrens zur VÄ/PÄ und schlagen stattdessen vor, eine Karenzregelung einzuführen; demnach solle ein Antrag nach einer Frist von sechs Monaten (bzw. zwölf Monaten bei unter 14-Jährigen) noch einmal bestätigt werden, bevor ihm – ohne gutachterliche Stellungnahme – entsprochen wird. Sie begründen ihre Initiative damit, dass nach einer von ihnen durchgeführten, retrospektiven Auswertung von insgesamt 670 (davon 84 unter 18-Jährige) von ihnen erstellten Gutachten im Zehnjahreszeitraum 2005 – 2014 das Ergebnis der Begutachtung in nahezu allen Fällen lautete, dass sich das Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr ändern werde.<sup>3</sup>

### **Welche Folgen hätte die Abschaffung der Begutachtungspflicht für Minderjährigen?**

Zu allererst ist Folgendes festzuhalten: Im Falle eines Wegfalls der Begutachtung von betroffenen Minderjährigen würde es zukünftig möglich sein, dass Eltern eines Kindes eine VÄ/PÄ auf den Weg bringen können, ohne dass ansatzweise gewährleistet wäre, dass zuvor von kompetenter Seite zwingend eine fachgerechte Exploration – inklusive ausführlicher kinder-/jugendpsychiatrischer, entwicklungs-/testpsychologischer, sexualmedizinischer (sowie ggf. pädiatrisch-endokrinologischer) Untersuchungen – vorgenommen und im Ergebnis dessen eine korrekte Diagnose gestellt worden ist. Hierin sehen wir ein erhebliches Problem, weil durch die juristischen Schritte die Weichen für einen kompletten Geschlechtsrollenwechsel des Kindes gestellt werden. Die Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen einer auf diese Weise frühzeitig eingeleiteten Transition mit all den damit verbundenen Konsequenzen im Alltag des Kindes wirft aus unserer Sicht eine Reihe von Fragen auf:

*Erstens:* Wer sollte (und könnte) diese folgenreiche Entscheidung über den richtigen Zeitpunkt der Transition inklusive juristischer Weichenstellung treffen bzw. eine diesbezügliche, ausreichend differenzierte und fachlich fundierte Einschätzung vornehmen, die auch andere Entwicklungsaspekte jenseits der Geschlechtsidentitätsthematik angemessen berücksichtigt? Die Eltern? Oder gar ein noch prä- oder frühpubertäres Kind?

<sup>3</sup> Lediglich sechs Anträge, also weniger als 1%, seien gutachterlich nicht befürwortet worden, womit die Ablehnungsquote der gerichtlich abgelehnten Verfahren von unter 5% der Anträge in den 1990er-Jahren noch weiter gesunken sein dürfte. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass es hierzu keine systematischen (zentrumsübergreifenden) Erhebungen gibt. Dies gilt insbesondere für die Entscheidungspraxis der Medizinischen Dienste der Krankenkassen, denen meist die Gutachten nach dem TSG von Antragstellern für die Kostenübernahme für geschlechtskorrigierende Eingriffe vorgelegt werden und die den darin getroffenen diagnostischen Entscheidungen nicht regelhaft folgen.

Letzteres ist unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten schwer vorstellbar. Ersteres erscheint wegen der oft vorliegenden (ätiologisch bedeutsamen) familiären Verstrickungen und der möglichen Funktionalität, die der Wunsch des Kindes nach Geschlechtsrollenwechsel in so mancher – wenn auch nicht in jeder – Familie hat, nicht minder problematisch (vgl. Korte et al. 2008, 2014). In Betracht zu ziehen sind in diesem Zusammenhang, neben anderen, weniger einfach zu erkennenden familiären Dynamiken, auch mögliche Schuldgefühle und Wünsche der Wiedergutmachung als zugrunde liegende Motive der Eltern – ganz zu schweigen davon, dass die vor schnell beantragte VÄ/PÄ Ausdruck einer Flucht in die (vermeintliche) Normalität sein könnte. Diese implizite Verleugnungstendenz wiederum zieht die Gefahr nach sich, dass die dennoch weiterbestehende Differenz zu anderen Geschlechtsgegnossen nicht hinreichend gewürdigt wird. Auf Seiten des betroffenen Kindes dürfte das eine Ich-Integration der gegebenen Besonderheit ins Konzept vom eigenen Selbst nachhaltig erschweren.

*Zweitens:* Ist es realistisch anzunehmen, dass die betroffenen minderjährigen Patientinnen/Patienten im Falle einer frühzeitigen, bereits in jungen Jahren durchgeführten personenstandsrechtlichen Transition imstande sind, in einer solchen Situation gegen die dadurch geschaffenen Fakten anzugehen, sprich die getroffenen juristischen Maßnahmen mit all ihren Konsequenzen zu einem späterem Zeitpunkt wieder rückgängig zu machen und einen anderen, alternativen Weg einzuschlagen?

Aus den vorliegenden Katamnesen wissen wir, dass die Selbstdiagnose Transsexualismus sich im Entwicklungsverlauf nicht weniger Kinder und Frühadoleszenten (nachträglich) als subjektive Fehleinschätzung herausstellt. Das Umwandlungsbegehren, sei es von den Betroffenen auch noch so leidenschaftlich-vehement vorgetragen, kann sich im Zuge der pubertären Veränderungen in Luft auflösen. Dies ist allerdings an die Voraussetzung gebunden, dass dem Kind ein Entwicklungsraum und ausreichend Zeit gewährt wird, seinen tiefgreifenden Identitätskonflikt auszuloten und sich mit seinem Geburtsgeschlecht auszusöhnen. Dass der Anteil der *Persisters*, bei denen die GD/GIS fortbesteht, hinter dem Anteil der *Desisters*, bei denen im Verlauf eine Identifizierung mit dem Geburtsgeschlecht gelingt und dann häufig ein homosexuelles Coming-out (bei Jungen rund 80% der Fälle) erfolgt, deutlich zurückbleibt, ist empirisch belegt – egal, ob der Anteil der *Persisters* sich in den einzelnen Studien auf 10, 20 oder 30% beläuft (Überblick bei Korte 2015 und Korte und Wüsthof 2015). Das Vorliegen einer GD/GIS im Kindesalter ist somit zweifelsohne ein stärkerer Prädiktor für die spätere Manifestation einer homosexuellen Orientierung als für eine spätere Transsexualität (Steenma et al. 2013). Und für ersteren Ausgang bedarf es keinerlei juristischer Geschlechtsangleichung, im Gegenteil, sie wäre als echte Erschwernis auf diesem Weg anzusehen.

*Drittens:* Schafft nicht grundsätzlich jede Vorgehensweise, die das Kind frühzeitig in seiner Transidentität bestärkt und diese auch mit offiziellem Brief und Siegel versieht *de facto* eine Situation, die es ihm beinahe unmöglich macht, im Falle einer prinzipiell möglichen Überwindung des Identitäts-

konflikts wieder in seinem Geburtsgeschlecht aufzutreten? Und widersprüche das ungeprüfte Durchwinken einer frühzeitigen VÄ/PÄ bereits im Kindesalter nicht dem Anspruch eines ergebnisoffenen Prozesses, wie er selbst bei bereits erwachsenen Patientinnen/Patienten mit Symptomen einer Geschlechtsdysphorie gefordert wird?

Die Kritik bezieht sich auch auf verbreitete Empfehlungen, dem Kind frühzeitig ein Auftreten in der Aufmachung des Wunschgeschlechts zu gewähren und es in Schule und Kindergarten vollständig unter dem gewünschten Geschlecht zu führen. Dies scheint eher auf Probleme der Bezugspersonen und der Gesellschaft hinzuweisen, geschlechtsatypische Verhaltensweisen einfach nur hinzunehmen anstatt sie mit Ausdeutungen zu versehen. Bei geschlechtsatypischen körperlichen Merkmalen ist dies ohne weiteres möglich, wie das Beispiel der Körpergröße zeigt: Niemand würde sich zur Beschreibung eines Mannes, der bezogen auf die Geschlechtergruppe unterdurchschnittlich groß ist und die durchschnittliche Körpergröße des Gegengeschlechts aufweist, zu der Aussage versteigen, dieser sei so groß „wie eine Frau“. Ein Junge, der gerne mit Puppen spielt, verhält sich hingegen „wie ein Mädchen“. Wenn es nicht gar heißt, der „ist wie ein Mädchen“.

Bezugspersonen, die ein Kind in der (vermeintlichen) Transidentität bestärken, gehen von der irrtümlichen Annahme einer regelhaften Persistenz von GD/GIS bis ins Erwachsenenalter aus – eine Einschätzung, die angesichts der Datenlage als unhaltbar bezeichnet werden muss (Korte et al. 2008, 2015). Dem zugrunde liegt meist die empirisch nach wie vor nicht belegte Überzeugung von einer vorrangig oder ausschließlich neurobiologisch-genetischen Determinierung der Geschlechtsidentität. Eine allzu sehr identifikatorisch verquickte Haltung der sorgeberechtigten Eltern oder des Behandlers mit dem Kind (bzw. dessen Wunsches nach Geschlechtswechsel) verunmöglicht diesem die Auflösung seines Identitätskonflikts und Bewältigung seiner speziellen psychosexuellen Entwicklungsaufgaben im gleichen Maße, wie dies bei mangelnder emotionaler Unterstützung durch die Bezugspersonen und fehlendem Verständnis seitens der sozialen Umwelt der Fall sein würde. Eine frühzeitige, noch vor der Pubertät vollzogene Transition wird von Expertinnen/Experten in Nordamerika und Europa – auch vor dem Hintergrund der hohen Zahl an *Desisters* – deshalb mehrheitlich abgelehnt (Zucker 2008a, 2008b; Steensma und Cohen-Kettenis 2011).

**Viertens:** Läuft man mit einer ungeprüften, frühzeitig und in Form eines reinen Verwaltungsaktes vorgenommenen VÄ/PÄ nicht Gefahr, eine Persistenz der GD/GIS (im Kindesalter) zur Transsexualität (im Erwachsenenalter) zu präjudizieren, was schlussendlich bedeuten würde, eine spätere transsexuelle Entwicklung und eine – mit Risiken und Nebenwirkungen behaftete – somatische Umwandlungsbehandlung als vermeintlich einzige Option für das betroffene Kind aktiv zu forcieren (Bosinski 2013)?

Diese Sorge wiegt insofern umso schwerer, als davon auszugehen oder (in Kenntnis der üblicherweise in einer solchen Situation auftretenden Eigendynamik) zumindest zu befürchten ist, dass den juristischen Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung quasi automatisch auch somatische Maßnahmen in

Form einer pubertätsblockierenden Hormonbehandlung folgen werden, die von den Befürwortern dieses Vorgehens als medizinisch unbedenklich und ethisch unproblematisch dargestellt wird. Das zweifellos zu befürwortende, auch auf Minderjährige anzuwendende Recht auf Selbstbestimmung und freie Äußerung der Persönlichkeit beißt sich an dieser Stelle mit dem Anspruch einer ausgangsoffenen therapeutischen Begleitung und dem Grundsatz, dem geschlechtsdysphorischen Kind eine möglichst lange Entwicklungsfreiheit einzuräumen. In Anlehnung an die nach den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) auf S1-Niveau entwickelte Leitlinie „Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter“ (Meyenburg et al. 2013) ist die Entscheidung über die Einleitung juristischer Maßnahmen zur Transition (und des richtigen Zeitpunktes dafür) ebenso wie die Indikation zur Einleitung somatischer Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung vom individuellen Entwicklungsstand des/der Betroffenen abhängig zu machen – wobei nicht das chronologische Alter, sondern der Grad der psychosexuellen Reife entscheidungsrelevant ist. Diese Beurteilung kann und darf nicht allein den Eltern überlassen, sondern muss interdisziplinär vorgenommen werden.

**Fünftens:** Unabhängig davon, ob es sich um Antragsverfahren bzw. Begutachtungen minderjähriger oder erwachsener Personen handelt, ließe sich noch ein weiterer Aspekt zur Diskussion stellen, über den es nachzudenken lohnte. Könnte die nicht von der Hand zu weisende, von Meyenburg et al. (2015) in der Auswertung über sämtliche Altersgruppen hinweg gezeigte, geringe Zahl an negativen Gutachtenentscheidungen, d. h. Nicht-Befürwortung der VÄ/PÄ in der Vergangenheit, nicht auch ein Indiz dafür sein, dass aufgrund der eingebauten Hürde eine auswählende Differentialdiagnostik stattfindet, die im Ergebnis dazu führt, dass nur diejenigen Betroffenen mit Geschlechtsdysphorie sich für den Schritt einer formal-juristischen Transition entscheiden, die sich in ihrem Entschluss (bereits) absolut sicher sind?

Bestünde tatsächlich ein solcher Zusammenhang, könnte das durchaus im Sinne der Betroffenen sein. Ob sich diese abgrenzende Differentialdiagnostik alternativ auch über die von Meyenburg et al. (2015) vorgeschlagene Karenzlösung erreichen ließe, ist fraglich. Insbesondere solange nicht angedacht wäre, die Wartezeit mit einer Beratungsverpflichtung zu koppeln. Pfäfflin (2009) führt aus, dass durch entsprechende Information und Konfliktberatung in unsicheren Fällen erreichbar sei, dass ein Antrag zurückgezogen würde und eine solche Lösung einer ablehnenden Begutachtung in jedem Falle vorzuziehen sei. Vogel (2013) weist überdies darauf hin, dass eine Begutachtung im Rahmen des TSG auch eine Intervention sein kann (und formal auch sein darf); er zieht als Vergleich ein Beispiel aus einem anderen Rechtsgebiet heran, nämlich „die lösungsorientierte Intervention im familienrechtlichen Verfahren gemäß § 162 II FamFG“.<sup>4</sup> In ähnlicher Weise könne auch ein/e TSG-Gutachter/in „über die gutachterliche Neutralität hinaus im

<sup>4</sup> Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit.

Sinne einer gezielten Intervention tätig [...] werden“ (Vogel 2013: 184). In Anbetracht der Tatsache, dass erfahrungsgemäß in nicht wenigen Fällen zwischen den beiden Elternteilen kein Einvernehmen bzgl. der Frage nach der wahrscheinlichen transsexuellen Entwicklung ihres Kindes (und damit der Indikation zur Transition sowie des richtigen Zeitpunktes dafür) besteht, halten wir diese Sichtweise für richtig und sehen eindeutige Vorteile in der Beibehaltung der bisherigen Begutachtungspraxis, auch gegenüber einer etwaigen (Neu-)Regelung, die lediglich eine Beratungspflicht vorsähe.

### **Fazit: Plädoyer für eine Beibehaltung der TSG-Begutachtung bei Minderjährigen**

Insgesamt wiederholt sich im Zusammenhang mit der aktuell aufgeworfenen Frage nach der Sinnhaftigkeit der Begutachtungspraxis und, darüber hinausgehend, des zur Durchführung juristischer Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung (VÄ/PÄ) aus entwicklungspsychiatrischen Erwägungen heraus – wie wir finden – durchaus begründbaren, wenn auch nach Gesetzeslage rechtlich nicht erforderlichen Mindestalters genau jene Diskussion um den richtigen Zeitpunkt, so wie sie auch bezogen auf die frühestmögliche Einleitung somatischer (hormoneller) Maßnahmen geführt wurde bzw. immer noch geführt wird. Das wundert uns nicht, geht es doch hier wie dort ums Faktenschaffen, um eine fundamentale Weichenstellung. Folgerichtig wiederholen sich im Kontext der Diskussion um eine Abschaffung oder Abänderung des TSG dieselben Argumente und der eindringliche Appell, bei Kindern und Jugendlichen die entwicklungspsychiatrische Perspektive nicht zu vernachlässigen.

In der Konsequenz bedeutet das, dass auch in der Debatte um die TSG-Begutachtung Minderjähriger die Plastizität der Geschlechtsidentitätsentwicklung unbedingt berücksichtigt und von vornherein andere Bewertungsmaßstäbe angelegt werden müssen: Was sich für erwachsene Transsexuelle als wenig sinnvoll erwiesen haben mag, könnte als notwendige Vorsichtsmaßnahme, den spezifischen Besonderheiten angepasste abweichende Vorgehensweise bei Kindern bzw. Jugendlichen durchaus gerechtfertigt sein. Auch unabhängig davon, ob im Gefolge einer VÄ/PÄ möglicherweise die Hemmschwelle zur Einleitung einer Hormonbehandlung und weiterer, irreversibler körperverändernder Maßnahmen gesenkt werden würde – ein Effekt, den wir für wahrscheinlich und bedenklich halten –, gilt es, jeden einzelnen Schritt und jede Entscheidung über Maßnahmen der Transition kritisch zu hinterfragen; und zwar in Hinblick auf die individuelle *readiness*, d. h. die tatsächlich dafür vorliegende innere Bereitschaft der/des Betroffenen, abhängig von deren/dessen (sachverständig zu überprüfenden) kognitiver, sozioemotionaler und psychosexueller Entwicklungsreife.

Die Frage nach dem ob, also Begutachtungspflicht ja/nein, ist bei Minderjährigen jedenfalls nicht unabhängig zu diskutieren von zwei weiteren Fragen: einerseits, ab welchem Alter eine VÄ/PÄ überhaupt in Betracht kommt und andererseits, bis zu welchem Alter eine Begutachtung bei VÄ/PÄ obligat

sein sollte. Anknüpfend an unsere oben gemachten Ausführungen könnte letztere Frage auch in folgendem Sinne (suggestiv) formuliert bzw. affirmativ bejaht werden: Ist in vielen Fällen eine Begutachtung durch eine/n neutrale/n Dritte/n für die betroffenen Familien nicht sogar außerordentlich hilfreich und auch aus therapeutischen Gründen sinnvoll, insofern sie die Möglichkeit zur Triangulierung mit sich bringt? Und auch deshalb, weil es die Eltern von der alleinigen Verantwortungsübernahme befreit und weil möglichen intrafamiliären Tendenzen einer Flucht in die Normalität von Seiten der Gutachterin/des Gutachters ggf. entgegen gewirkt werden kann.

Das Problem, auf welche alternative Weise formal sichergestellt werden könnte, dass ein betroffenes Kind vor Antragstellung bzw. -entscheidungslos und gesichert einer entsprechenden Diagnostik und Behandlung bei einer erfahrenen Fachkraft zugeführt wird (werden muss), wenn zukünftig die Begutachtung, wie vorgeschlagen, auch bei minderjährigen Antragstellern wegfallen sollte, bleibt ungelöst. Die vorgetragenen Bedenken gegen einen generellen Wegfall der Begutachtungspflicht auch bei Minderjährigen bedeuten indes nicht, dass die aktuellen Rahmenbedingungen, insbesondere der administrative Aufwand respektive die finanzielle Belastung der betroffenen Familien nicht grundsätzlich kritisch hinterfragt werden sollten, was auch aus Sicht der Verfasser definitiv zu befürworten wäre.

## Literatur

- Bosinski HAG. Geschlechtsidentitätsstörung/Geschlechtsdysphorie im Kindesalter. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 2013; 2: 3–25
- Bruns M. Folgerungen aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts für die Form des Transsexuellengesetzes. *Z Sexualforsch* 2007; 20: 42–51
- Korte A, Goecker D, Krude H, Lehmkuhl U, Grüters-Kieslich A, Beier KM. Geschlechtsidentitätsstörungen (GIS) im Kindes- und Jugendalter – Zur aktuellen Kontroverse um unterschiedliche Konzepte und Behandlungsstrategien. *Dtsch Arztebl* 2008; 105: 834–41
- Korte A, Beier KM, Vukorepa J, Mersmann M, Albiez V. Heterogenität von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Jugendlichen: Zur differenziellen Bedeutung der psychiatrischen Komorbidität und individuellen Psychodynamik. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2014; 63: 523–541
- Korte A. Besonderheiten von Geschlechtsidentitätsstörungen (Geschlechtsdysphorie) im Kindes- und Jugendalter. In: Staller G, Auer M, Hrsg. *Therapieleitfaden Transsexualität*. Bremen: Uni-Med 2015; 70–87
- Korte A, Wüsthof A. Geschlechtsdysphorie (GD) und Störungen der Geschlechtsidentität (GIS) bei Kindern und Jugendlichen. In: Oppelt P, Dörr HG, Hrsg. *Kinder- und Jugendgynäkologie*; Stuttgart: Thieme 2015; 452–469
- Meyenburg B, Romer G, Möller B, Korte A. AWMF-Leitlinien Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- u. Jugendalter (F64). 2013 [Als Online-Dokument: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-0141\\_51\\_Störungen\\_Geschlechtsidentität\\_2013-08\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-0141_51_Störungen_Geschlechtsidentität_2013-08_01.pdf)]
- Meyenburg B, Renter-Schmidt K, Schmidt G. Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz. Auswertung von Gutachten dreier Sachverständiger 2005–2014. *Z Sexualforsch* 2015; 28: 107–120
- Pfäfflin F. Begutachtung des Transsexualismus. In: Foerster K, Dreßing H, Hrsg. *Psychiatrische Begutachtung*. München: Urban und Fischer 2009
- Pfäfflin F. Sexuelle Identität ins Grundgesetz? *Recht & Psychiatrie* 2010; 28: 123–131
- Pfäfflin F. Plädoyer für die Abschaffung des Transsexuellengesetzes. *Recht & Psychiatrie* 2011; 29: 62
- Pfäfflin F. Zur Resolution der Parlamentarischen Versammlung des Europarats über Maßnahmen gegen die Diskriminierung von Transgender People. *Recht & Psychiatrie* 2015; 33: 140–144
- Sigusch V. Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick. Teil II: Zur Entpathologisierung des Transsexualismus. *Z Sexualforsch* 1991; 4: 309–343

- Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Gender Transitioning before Puberty? Arch Sex Behav 2011; 40: 649–650
- Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BPC, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors Associated With Desistence and Persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013; 52: 582–590
- Vogel PC. Anmerkungen zur Debatte über das TSG aus Sicht eines praktisch tätigen Psychiaters. Z Sexualforsch 2013; 26: 178–184
- Zucker KJ. Children with Gender Identity Disorder: Is there a Best Practice? Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2008a; 56: 358–364
- Zucker KJ. On the „Natural History“ of Gender Identity Disorder in Children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008b; 47: 1361–1363

*Korrespondenzadresse*

Dr. med. Alexander Korte  
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
Klinikum der Universität München  
Nußbaumstr. 5a  
80336 München  
alexander.korte@med.uni-muenchen.de

