

Sachdokumentation:

Signatur: DS 5301

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/5301



Nutzungsbestimmungen

Dieses elektronische Dokument wird vom Schweizerischen Sozialarchiv zur Verfügung gestellt. Es kann in der angebotenen Form für den Eigengebrauch reproduziert und genutzt werden (private Verwendung, inkl. Lehre und Forschung). Für das Einhalten der urheberrechtlichen Bestimmungen ist der/die Nutzer/in verantwortlich. Jede Verwendung muss mit einem Quellennachweis versehen sein.

Zitierweise für graue Literatur

Elektronische Broschüren und Flugschriften (DS) aus den Dossiers der Sachdokumentation des Sozialarchivs werden gemäss den üblichen Zitierrichtlinien für wissenschaftliche Literatur wenn möglich einzeln zitiert. Es ist jedoch sinnvoll, die verwendeten thematischen Dossiers ebenfalls zu zitieren. Anzugeben sind demnach die Signatur des einzelnen Dokuments sowie das zugehörige Dossier.

Medizinische Behandlung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie

Ethische und rechtliche Erwägungen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kontext der Medizin: Diagnose, Begleitung und Behandlung	5
2.1 Diagnosekriterien gemäss ICD-11	5
2.2 Medizinische Begleitung und Behandlung	7
2.2.1. Psychologische, systemische und psychotherapeutische Begleitung	8
2.2.2. Pubertätsblockade	10
2.2.3. Geschlechtsangleichende Hormontherapie	12
2.2.4. Chirurgische Eingriffe	13
3. Rechtliche und ethische Erwägungen	15
3.1 Autonomie/Selbstbestimmung	15
3.1.1. Das Recht des Kindes auf eine offene Zukunft	15
3.1.2. Urteilsfähigkeit und stellvertretende Entscheidungen	16
3.1.3. Recht auf Partizipation und Shared Decision Making	17
3.1.4. Ergebnisoffenheit und Raum für Zweifel	19
3.2 Nichtschaden	19
3.2.1. Indikation und Risikoabwägung	19
3.2.2. Wissenschaftliche Evidenz und Forschungslücken	20
3.2.3. Güterabwägung und Schadensminderung im Einzelfall	21
3.3 Wohltun	22
3.4 Gerechtigkeit	23
4. Fazit und Empfehlungen	26
5. Literatur	30
6. Glossar	38

1. Einleitung

Für die meisten Menschen stimmt das Geschlecht, das ihnen aufgrund ihrer äusseren Geschlechtsmerkmale*¹ bei der Geburt zugewiesen wurde, mit ihrer subjektiv empfundenen Geschlechtsidentität* überein: sie fühlen sich als Junge/Mann oder Mädchen/Frau und werden von anderen auch so wahrgenommen. Bei einigen Menschen trifft dies jedoch nicht zu. Sie erleben das Geschlecht, das ihnen von anderen zugeschrieben wird als fremd, falsch oder unpassend. Diese Nichtübereinstimmung zwischen dem durch die Umwelt zugeschriebenen Geschlecht und der subjektiven Geschlechtsidentität einer Person wird als Geschlechtsinkongruenz* bezeichnet. Wie viele Personen in der Schweiz eine solche Inkongruenz erleben, ist unklar. Offizielle Statistiken zur Geschlechtsidentität der Schweizer Wohnbevölkerung existieren nicht und Umfragewerte variieren stark, je nach angewandter Methodik, Altersgruppe und Zeitpunkt der Erhebung. Bei einer repräsentativen Erhebung von Sotomo zum Thema «Geschlecht und Identität» in der Schweiz aus dem Jahr 2021 gaben 5% der befragten Personen an, sich eher dem anderen (binären) Geschlecht zugehörig zu fühlen und 0,4% bezeichneten ihre Geschlechtsidentität als nichtbinär*, also weder (ausschliesslich) weiblich noch männlich (Sotomo 2021). Für die Bewältigung der spezifischen Herausforderungen, welche sich durch die Geschlechtsinkongruenz für die betroffenen Personen ergeben können, wenden sich immer mehr Menschen auch an die Medizin.² Da sich bei Kindern mit einer dauerhaften Geschlechtsinkongruenz der dadurch verursachte Leidensdruck, die Geschlechtsdysphorie*, typischerweise mit Eintritt in die Pubertät verstärkt (Medico et al. 2020), sind die hilfesuchenden Personen oftmals noch minderjährig (Sun et al. 2023).

Während das Bewusstsein für geschlechtliche Vielfalt in der Gesellschaft insgesamt zunimmt, geht dieser Wandel gleichzeitig mit einer gewissen Verunsicherung einher. Besonders bezüglich der medizinischen Behandlung von minderjährigen Personen, welche unter einer Geschlechtsdysphorie leiden, werden in der Öffentlichkeit immer wieder grosse Vorbehalte geäussert. In einigen Ländern gibt es politische Bestrebungen, diese Behandlungen einzuschränken oder ganz zu verbieten, oder es wurden bereits entsprechende Gesetze verabschiedet.³ Die starke Politisierung des Themas führt dazu, dass sich die Betroffenen, deren Angehörige sowie die behandelnden Fachpersonen auch in der Schweiz zunehmend zwischen den Fronten eines höchst polarisierten Diskurses wiederfinden und einzelne Behandlungsentscheide eine gesellschaftspolitische Dimension annehmen (Leibowitz et al. 2020). Die Westschweizer Kantonsärztinnen und Kantonsärzte haben deshalb die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) ersucht, zur Frage der medizinischen Behandlung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie aus ethischer Sicht Stellung zu nehmen. Sie wünschen sich insbesondere eine Einordnung der Thematik in gesellschaftlicher, rechtlicher und ethischer Hinsicht, eine Klärung der Rolle der Medizin sowie Empfehlungen, wie der Prozess der Entscheidungsfindung bei minderjährigen Personen in der Praxis konkret ausgestaltet werden sollte, um eine bestmögliche Versorgung sicherzustellen.

Der Bedarf nach spezifischen Behandlungsrichtlinien für Kinder und Jugendliche mit einer Geschlechtsdysphorie ist auch im internationalen Kontext erkannt worden. Für den deutschsprachigen Raum wurde deshalb

1 Erläuterungen der mit einem Asterisk gekennzeichneten Fachbegriffe finden sich im Glossar Seite 38–40.

2 Trotz steigender Konsultationszahlen in Gesundheitseinrichtungen wünscht nur ein Teil der betroffenen Personen geschlechtsangleichende medizinische Behandlungen. Gemäss einer Statistik aus den USA waren 36% der befragten trans* oder nichtbinären* Personen nicht an einer medizinischen Behandlung (*gender affirming care*) interessiert, während 14% sich aktuell in Behandlung befanden. Die übrigen 50% waren aktuell ebenfalls nicht in Behandlung, wünschten sich jedoch Zugang zu dieser. Green et al. (2022)

3 Vgl. *Trans Legislation Tracker* für die USA (<https://translegislation.com>), eine aktuelle Gesetzesinitiative In Australien (*Childhood Gender Transition Prohibition Bill*) oder eine Gesetzesinitiative im Grossrat des Kantons Genf vom 9. Mai 2023 (*Interdiction des interventions de réassignation sexuelle destinées aux mineurs*; PL 13324).

im Dezember 2020 bei der *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* (AWMF) eine Leitlinie (Nr. 028-014) mit dem Titel «Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung» angemeldet. Die noch unveröffentlichte Leitlinie der Stufe S2k enthält konkrete Behandlungsempfehlungen, welche von den delegierten Personen der 26 beteiligten Fachgesellschaften mit einer Zustimmungsrate von 90–100% unterstützt werden.⁴ Sie basiert auf der aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz und richtet sich an Fachpersonen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Die redaktionellen Arbeiten an dieser Leitlinie sind inzwischen abgeschlossen, die Publikation wird im ersten Quartal 2025 erwartet.

Die NEK hat sich vor diesem Hintergrund entschlossen, in ihrer Stellungnahme die ethischen und rechtlichen Herausforderungen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie in den Fokus zu nehmen. Da die Behandlungsprotokolle für geschlechtsdysphorische Personen nach abgeschlossener Pubertät teilweise von denjenigen der hier diskutierten Zielgruppe abweichen, können die nachfolgenden Ausführungen nicht zwingend auch für die Behandlung erwachsener Personen mit einer Geschlechtsdysphorie herangezogen werden. Für eine detaillierte Diskussion der verschiedenen Behandlungsoptionen aus medizinisch-fachlicher Perspektive bei erwachsenen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie wird auf die AWMF-Leitlinie Nr. 138-001 verwiesen.

Die vorliegende Stellungnahme ist wie folgt aufgebaut: Auf die Einleitung folgen in Kapitel zwei Ausführungen zur Entstehung, Diagnosestellung und Behandlung einer Geschlechtsdysphorie bei minderjährigen Personen. Kapitel drei diskutiert die rechtlichen Erwägungen sowie die ethischen Implikationen anhand der vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress. Im vierten Kapitel

werden schliesslich Empfehlungen formuliert, um eine angemessene medizinische Versorgung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie sicherzustellen.

4 Leitlinien der AWMF basieren auf einer systematischen Sichtung und Bewertung der vorhandenen Evidenz und werden unter Mitarbeit der relevanten Fachgesellschaften erstellt. Sie werden in verschiedene Evidenzstufen eingeteilt (S1–S3) und folgen einer klar definierten Methodik. Die Leitlinien sind rechtlich nicht bindend, sondern beschreiben die aktuelle *Best Practice*. Über 100 Mitgliedsfachgesellschaften sind im Bereich der Leitlinienerstellung aktiv. www.awmf.org/leitlinien (04.11.2024).

2. Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kontext der Medizin: Diagnose, Begleitung und Behandlung

Warum manche Menschen eine Geschlechtsinkongruenz entwickeln ist nicht abschliessend geklärt (vgl. Skordis et al. 2020). Die Entwicklung der Geschlechtsidentität bei Kindern und Jugendlichen ist wissenschaftlich noch vergleichsweise wenig erforscht (Steensma et al. 2013). Während die meisten Kinder bereits im Alter von 18–24 Monaten sich selbst sowie andere Personen einem Geschlecht zuordnen können («*gender labelling*»), entwickeln sie erst mit vier bis sechs Jahren eine Vorstellung davon, dass das Geschlecht in der Regel eine konstante Eigenschaft einer Person ist und sich auch nicht ändert, wenn die Person sich geschlechtsatypisch verhält oder kleidet (Steensma et al. 2013; Trautner et al. 2003). Dennoch kann das Erleben einer Nichtübereinstimmung zwischen dem von aussen zugeschriebenen und dem empfundenen Geschlecht bei Kindern bereits sehr früh auftreten. So sind in der Literatur verschiedene Fälle von Kindern dokumentiert, die bereits im Alter von drei Jahren klar und mit Nachdruck kommuniziert haben, dass sie mit dem ihnen zugewiesenen Geschlecht nicht einverstanden sind und in einem anderen Geschlecht leben möchten (Bockting 2008; Cohen-Kettenis 2005). In einer Studie mit 96 minderjährigen Personen, welche aufgrund einer Geschlechtsdysphorie in Behandlung waren, wurde das durchschnittliche Alter, in welchem diese sich der Geschlechtsinkongruenz bewusst ge-

worden waren mit 8 Jahren ausgewiesen.⁵ Zwischen dem inneren und dem äusseren Coming-Out^{*6} vergingen zudem mehrere Jahre (Olson et al. 2015). Eine Studie, welche zehn Kinder mit einer Geschlechtsinkongruenz aus der Westschweiz nach deren Prozess der Bewusstwerdung und dem äusseren Coming-Out befragte, zeichnet drei typische Entwicklungspfade nach: (a) Kinder, die ihre Geschlechtsidentität sehr früh gegen aussen kommunizierten und, zumindest im Privaten, auch lebten, (b) die schweigenden Kinder, die ihre Kindheit in einem Zustand innerer Anspannung verbrachten, ohne diese jedoch benennen zu können, und (c) Kinder, die sich ihrer Geschlechtsinkongruenz erst in der Pubertät bewusst wurden. Letztere Gruppe umfasste vor allem Kinder, welche ihre Kindheit unbehelligt als Tomboys* verbracht hatten, jedoch mit Eintritt der Pubertät eine Geschlechtsdysphorie entwickelten. Auch in dieser Studie wurde eine beträchtliche zeitliche Differenz zwischen dem inneren und äusseren Coming-Out von zwei bis sieben Jahren dokumentiert (Medico et al. 2020).

2.1 Diagnosekriterien gemäss ICD-11

Während Kinder häufiger mit verschiedenen Rollen experimentieren und sich bisweilen über die gesellschaftlichen Erwartungen an ein typisch «mädchen-

5 Die Spannweite betrug zwei bis 22 Jahre und war damit sehr gross (Olson et al. 2015).

6 Das innere Coming-Out meint den Zeitpunkt der inneren Bewusstwerdung, während das äussere Coming-Out die Kommunikation gegenüber Dritten bezeichnet. Verinnerlichte Normen oder Angst vor Ablehnung können dazu führen, dass Betroffene eigene, als unpassend bewertete Empfindungen ablehnen und zu unterdrücken versuchen. Das innere Coming-Out bezeichnet deshalb den Schritt der Anerkennung z.B. einer Transidentität oder einer Homo- oder Bisexualität vor sich selbst.

haftes» oder «jungenhaftes» Verhalten hinwegsetzen, ist ein gendernonkonformes* oder geschlechtsvariantes* Verhalten alleine noch kein zuverlässiger Hinweis auf eine Geschlechtsinkongruenz oder eine Transidentität*. Geschlechtsvariantes Verhalten kann beispielsweise auch auf eine nicht-heterosexuelle Orientierung hinweisen.⁷ Leitend für die Diagnosestellung ist deshalb nicht das Verhalten, sondern das innere Empfinden der Person.

Dieser Tatsache trägt auch die neue Klassifizierung gemäss Diagnosemanual «International Classification of Diseases 11» (ICD-11) Rechnung, indem explizit darauf hingewiesen wird, dass geschlechtsvariantes Verhalten keine hinreichende diagnostische Grundlage für das Vorliegen einer Geschlechtsinkongruenz darstellt.

Vielmehr muss ein starker Wunsch bestehen, dauerhaft in dem erlebten Geschlecht leben zu können und darin sozial anerkannt zu werden.

Die Diagnose gemäss ICD-11 lautet neu «Genderinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter» (HA60), resp. «Genderinkongruenz im Kindesalter» (HA61) und ersetzt die veraltete Diagnose «Transsexualismus» (ICD-10: F64.0) resp. «Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters» (ICD-10: F64.2). Die Diagnosen wurden zudem aus dem Kapitel «psychische Störungen» in das Kapitel «Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit» verschoben. Es ist gegenwärtig noch unklar, wann die ICD-11 in der Schweiz in Kraft tritt.⁸

ICD-11 (2022), deutsche Entwurfsfassung

Genderinkongruenz

Genderinkongruenz ist durch eine ausgeprägte und anhaltende Inkongruenz zwischen dem empfundenen Geschlecht und dem zugewiesenen Geschlecht gekennzeichnet.

Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung von Diagnosen in dieser Gruppe.

HA60 – Genderinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter

Die Genderinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte und anhaltende Inkongruenz zwischen dem erlebten Geschlecht einer Person und dem zugewiesenen Geschlecht, die oft zu dem Wunsch nach einer «Transition» führt, um als eine Person des erlebten Geschlechts zu leben und akzeptiert zu werden, und zwar durch eine Hormonbehandlung, einen chirurgischen Eingriff oder andere Gesundheitsdienstleistungen, um den Körper der Person so weit wie möglich und gewünscht an das erlebte Geschlecht anzupassen. Die Diagnose kann nicht vor dem Einsetzen der Pubertät gestellt werden. Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung der Diagnose.

7 In einer holländischen Studie mit 54 Minderjährigen, welche ein geschlechtsvariantes Verhalten zeigten, lag die Wahrscheinlichkeit, dass sich im Laufe der Pubertät eine Homo- oder Bisexualität ohne Transidentität entwickelte, für bei Geburt zugewiesene Jungen bei fast 50% (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Wird festgestellt, dass sich eine Person sexuell zu anderen Personen desselben Geschlechts hingezogen fühlt, das ihr bei Geburt zugewiesen wurde, schliesst dies eine Transidentität jedoch keinesfalls aus. Vgl. Nieder et al. (2018).

8 Vgl. die Interpellation 23.4184 von Nationalrätin Manuela Weichelt vom 28.09.2023: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20234184> (21.08.2024); Ein im April 2024 veröffentlichter Grundlagenbericht zur Einführung des ICD-11 in der Schweiz schätzt den Zeitbedarf alleine für die Vorbereitungsarbeiten auf sechs Jahre: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitsnomenklaturen/medkk/icd-11.html> (21.08.2024).

HA61 – Genderinkongruenz im Kindesalter

Genderinkongruenz im Kindesalter ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte Inkongruenz zwischen dem erlebten/ausgedrückten Geschlecht eines Individuums und dem zugewiesenen Geschlecht bei präpubertären Kindern. Sie umfasst den starken Wunsch, ein anderes als das zugewiesene Geschlecht zu sein; eine starke Abneigung des Kindes gegenüber seiner sexuellen Anatomie oder den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen und/oder ein starkes Verlangen nach den primären und/oder erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen, die dem erlebten Geschlecht entsprechen; und Phantasiespiele, Spielzeug, Spiele oder Aktivitäten und Spielkameraden, die typisch für das erlebte Geschlecht und nicht für das zugewiesene Geschlecht sind. Die Inkongruenz muss etwa 2 Jahre lang bestanden haben. Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung der Diagnose.

Da die Begleitung von präpubertären Kindern mit einer Geschlechtsinkongruenz im Gegensatz zu Jugendlichen und Erwachsenen keine chirurgischen oder hormonellen Interventionen umfasst, wurde die Diagnose «Genderinkongruenz im Kindesalter» von Vertreter:innen der Zivilgesellschaft teilweise als unnötig pathologisierend kritisiert (vgl. GATE 2013). Der allfällige Bedarf nach psychosozialer Unterstützung könne über bereits vorhandene Diagnosecodes ausreichend abgedeckt werden.⁹ Anders gestaltet sich die Situation bei Jugendlichen und Erwachsenen. Um den Zugang zu medizinischen Dienstleistungen zur Behandlung der Geschlechtsinkongruenz für diese Personen sicherzustellen, ist eine ICD Klassifikation hilfreich. So begründet die WHO (2022) die Entscheidung, die Diagnose Genderinkongruenz weiterhin im ICD zu führen, damit, den Zugang zu und die Finanzierung spezifischer Gesundheitsdienstleistungen für diese Gruppe sicherzustellen.¹⁰

2.2 Medizinische Begleitung und Behandlung

Die *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) hält in ihren *Standards of Care* (SOC 8) ausdrücklich fest, dass weder eine Transidentität noch das Empfinden einer Geschlechtsinkongruenz an sich als Krankheit aufgefasst werden sollte.¹¹ Die durch eine ausgeprägte Geschlechtsinkongruenz verursachte Entfremdung vom eigenen Körper kann bei den betroffenen Personen jedoch einen grossen Leidensdruck erzeugen und den Wunsch hervorbringen, körpermodifizierende Behandlungen in Anspruch zu nehmen, um die Diskrepanz zwischen dem eigenen Erleben und dem körperlichen Erscheinungsbild zu reduzieren. Da sich diese Diskrepanz bei Minderjährigen mit dem Eintritt in die Pubertät zunehmend vergrössert, nimmt auch der damit verbundene Leidensdruck, die Geschlechtsdysphorie, in dieser Phase typischerweise zu. Betroffene oder ihre Sorgeberechtigten wenden sich deshalb oft zu diesem Zeitpunkt an medizinische Fachpersonen mit dem Wunsch,

9 «Kinder, die aufgrund von geschlechtsvariantem Verhalten belastende Situationen wie familiäre Ablehnung, Mobbing in der Schule oder soziale Ausgrenzung bewältigen müssen, sollten über Diagnosecodes Zugang zu Unterstützungsangeboten erhalten, die diese feindlichen Umgebungen benennen, ohne dass das Kind selbst pathologisiert wird. Eltern, andere Familienmitglieder und weitere relevante Personen, wie Lehrpersonen und Sozialarbeitende, sollten ebenfalls über Diagnosecodes Zugang zu Informationen, Beratung und Unterstützung erhalten, die auf ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnitten sind, ohne dass sie ihre eigenen Sorgen und ihr Unwohlsein auf das Kind projizieren.» GATE (2013). Deutsche Übersetzung durch die NEK.

10 «Die Aufnahme der Geschlechtsinkongruenz in den ICD-Katalog soll den Zugang von trans Personen zu geschlechtsangleichenden Behandlungen sowie einen angemessenen Krankenversicherungsschutz für solche Leistungen sicherstellen.» WHO (2022). Deutsche Übersetzung durch die NEK.

11 Coleman et al. (2022), S6.

die biologische Reifeentwicklung zu pausieren. Bei präpubertären Kindern beschränkt sich das Behandlungsangebot hingegen auf eine psychosoziale oder psychologische Beratung und Begleitung, körpermodifizierende Behandlungen sind zu diesem Zeitpunkt nicht vorgesehen und werden nicht praktiziert (Coleman et al. 2022, S64).

2.2.1. Psychologische, systemische und psychotherapeutische Begleitung

Verhalten sich Kinder nicht geschlechtskonform, erleben sie oft Kritik und Ablehnung durch ihr Umfeld. Dadurch wird ihnen vermittelt, dass ihr Anderssein unerwünscht ist und sie erleben häufig einen starken Druck, sich den gängigen Geschlechternormen und den damit verbundenen Erwartungen an Aussehen, Verhalten und Vorlieben anzupassen.¹² Während ein burschikoses, «jungenhaftes» Auftreten bei als Mädchen gelesenen Kindern vom Umfeld eher toleriert wird, werden als Jungen gelesene Kinder schnell sozial sanktioniert (d.h. gemobbt, ausgeschlossen, zu rechtgewiesen oder gedemütigt), wenn ihr Verhalten oder ihre Kleidung als zu «mädchenhaft» empfunden wird (Jewell & Brown 2014; Pauli 2017).¹³ Die Erfahrung, abgelehnt zu werden, wenn man sich so zeigt, wie man sich fühlt, hinterlässt Spuren in der Psyche und dem Selbstwertgefühl dieser Kinder. Dabei wirkt

sich besonders der erlebte Anpassungsdruck negativ auf das psychische Wohlergehen aus: Während Kinder, welche sich selbst als geschlechtsatypisch* einschätzen bezüglich ihrer psychischen Gesundheit nicht prinzipiell schlechter abschneiden als geschlechtstypische* Kinder, zeigt sich ein klar negativer Einfluss auf ihr psychisches Wohlergehen und ihr Selbstwertgefühl, wenn die Kinder gleichzeitig über einen hohen Konformitätsdruck berichten (Perry et al. 2019).¹⁴

Dies legt den Schluss nahe, dass die hohe Rate psychischer Begleiterkrankungen bei Personen mit einer Geschlechtsdysphorie, wie etwa Depressionen, Angststörungen oder Suizidalität, nicht (alleine) mit der Geschlechtsinkongruenz zusammenhängt (García Nuñez et al. 2024, Krüger et al. 2023).¹⁵ Einen wesentlichen Einfluss darauf hat auch der soziale Druck, sich geschlechtskonform zu verhalten sowie erlebte oder erwartete Ausgrenzung, Abwertung und Ablehnung durch Peers und das weitere soziale Umfeld, wenn diesen Erwartungen nicht entsprochen wird.¹⁶ Besonders ins Gewicht fällt bei Kindern und Jugendlichen die Haltung der Eltern (Grossman et al. 2021; Simons et al. 2013). Es ist deshalb zentral, bei der Begleitung und Behandlung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie die soziale und systemische Dimension (Familie, Schule, Lehrbetrieb, Sport-

12 «Generell kann der Geschlechtsausdruck eines Kindes variieren, je nachdem, mit welchen Erwartungen seiner Bezugspersonen es sich konfrontiert sieht. Wenn ein Elternteil beispielsweise nicht möchte, dass das Kind sein gefühltes Geschlecht ausdrückt, wird das Kind seine Eltern zu beruhigen versuchen, indem es sich so verhält, dass es die Sichtweise dieses Elternteils bestätigt. Kinder können daher in Bezug auf ihr Geschlecht ambivalent erscheinen, während sie in Wirklichkeit versuchen mit einer belastenden Situation und der Angst vor Ablehnung umzugehen.» Medico et al. (2020), S. 1006. Deutsche Übersetzung durch die NEK.

13 Diese unterschiedliche Reaktion des Umfelds spiegelt sich auch in der klinischen Praxis wider: Eltern suchen bei geschlechtsdiverser Verhalten tendenziell früher professionelle Hilfe bei Kindern, welchen bei Geburt das männliche Geschlecht zugewiesen wurde, als bei Kindern, welchen das weibliche Geschlecht zugewiesen wurde (vgl. Pauli 2023).

14 «Tatsächlich zeigen Kinder, die aus verschiedenen Gründen ihre Geschlechtszugehörigkeit in Frage stellen – die mit ihrem eigenen Geschlecht unzufrieden sind, die das Gefühl haben, anders zu sein als Gleichaltrige des gleichen Geschlechts, die sich dem anderen Geschlecht näher fühlen oder die sich geschlechtsnonkonform verhalten – hauptsächlich dann Anpassungsschwierigkeiten (z. B. Depressionen, geringes Selbstwertgefühl), wenn sie sich zugleich unter Druck gesetzt fühlen, sich geschlechtskonform zu verhalten [...]. Dies ist wichtig, weil es unterstreicht, dass geschlechtsspezifische Diskrepanzen bei Kindern grosses Leid verursachen können, dass Kinder, die ihre Geschlechtstypizität in Frage stellen, jedoch nicht zwangsläufig benachteiligt sind. Diese Erkenntnis ist für die Eltern, Lehrer:innen und weitere Personen, die pädagogisch tätig sind, von Bedeutung.» Perry et al. (2019), S. 300. Deutsche Übersetzung durch die NEK. Für eine Übersicht zum Zusammenhang zwischen Selbstwertgefühl und Geschlechtskonformität im internationalen Vergleich siehe Zentner & von Aufsess (2022). Für eine qualitative Studie aus der Schweiz siehe Medico et al. (2020).

15 Statistische Daten zur Suizidalität und Suizidversuchen bei trans Jugendlichen in der Schweiz fehlen weitgehend (vgl. Pfister et al. 2019, Krüger et al. 2023). Gemäss einer Erhebung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (OBSAN) unter der erwachsenen Schweizer Wohnbevölkerung berichteten im Jahr 2022 8% der cisgeschlechtlichen und 29% der transgeschlechtlichen oder nichtbinären Befragten über Suizidgedanken. 3,8% (cis) und 9,7% (trans, nichtbinär) der befragten Personen hatten in ihrem Leben bereits mindestens einmal einen Suizidversuch unternommen (Peter & Tuch 2024). Die relativ kleinen Fallzahlen bei den trans und nichtbinären Personen müssen bei der Interpretation der Daten mitberücksichtigt werden, die Werte entsprechen jedoch weitgehend denjenigen aus internationalen Studien (vgl. Surace et al. 2021).

16 Dieser Effekt wird als Minderheitenstress bezeichnet und beschreibt die chronische psychische Belastung von Minderheiten aufgrund erlebter und erwarteter sozialer Ablehnung, Stigmatisierung, Diskriminierung und Gewalt (vgl. Meyer 2003). Für eine Untersuchung mit Bezug zur Schweiz siehe: García Nuñez et al. (2024).

club etc.) systematisch mit einzubeziehen.¹⁷ Ein unterstützendes familiäres Umfeld stellt nachweislich einen wichtigen Schutzfaktor für die psychische Gesundheit und das Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen mit einer Geschlechtsdysphorie dar (Campbell et al. 2023; Başar et al. 2016; Davey et al. 2014) und verbessert dadurch die Erfolgsaussichten einer Behandlung massgeblich (vgl. De Lara et al. 2020). Eine enge Einbindung und Begleitung der Familienmitglieder, resp. eine familientherapeutische Begleitung im Konfliktfall ist empfehlenswert (vgl. Pauli 2017).

Bei Anzeichen einer erhöhten psychischen Belastung der minderjährigen Person sollte eine psychologische oder psychiatrische Abklärung und Begleitung angeboten werden (Michaud et al. 2024; vgl. AWMF-Leitlinie, IV.K1.). Liegt eine behandlungsbedürftige psychiatrische Störung vor, empfiehlt sich eine zeitnahe fachgerechte Behandlung derselben. Psychische Probleme können sowohl als Anpassungsreaktionen auf eine Geschlechtsinkongruenz und der damit verbundenen belastenden Erfahrungen wie auch unabhängig davon auftreten. Aus diesem Grund wird empfohlen, Diagnoseinstrumente zu verwenden, welche psychische Belastungen aufgrund von Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen mitberücksichtigen (Garcia Nuñez et al. 2024). Ob eine psychische Belastungssituation eine Kontraindikation bezüglich der medizinischen Behandlung der Geschlechtsdysphorie darstellt, muss im Einzelfall von einer Fachperson abgeklärt werden (vgl. Michaud et al. 2024).

Bei Hinweisen auf eine Autismus-Spektrums-Störung (ASS) wird eine entsprechende Abklärung empfohlen. Menschen auf dem Autismus-Spektrum sind überdurchschnittlich häufig von einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie betroffen (Hille-Gorman et al. 2019). Auch unterhalb der Diagnosechwelle einer ASS lässt sich ein klarer statistischer Zusammenhang zwischen typischen ASS-Merkmalen,

geschlechtsdysphorischen Episoden und geschlechtsnonkonformem Verhalten nachweisen (Kallitsounaki et al. 2021). Die Häufigkeit einer ASS-Diagnose innerhalb der Gruppe der behandlingssuchenden Personen, bei welchen eine Geschlechtsdysphorie diagnostiziert wurde, variiert je nach Untersuchung, bewegt sich jedoch meist im Bereich von 10% (de Vries et al. 2010; Kallitsounaki & Williams 2023). Der Anteil ist somit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (ca. 1%) deutlich erhöht (Roy & Strate 2023).

Eine ASS-Diagnose stellt keine generelle Kontraindikation für die medizinische Behandlung einer Geschlechtsdysphorie dar. Menschen auf dem Autismus-Spektrum benötigen jedoch häufig mehr Zeit in der Entscheidungsfindung und spezifische Unterstützung (Pauli 2017). Liegt eine ASS-Diagnose vor, sind Fachpersonen aus diesem Bereich beizuziehen, da entsprechendes Fachwissen für eine bestmögliche medizinische Versorgung unabdingbar ist (vgl. AWMF-Leitlinie, IV.K6. & IV.K7.).

Unzureichendes Fachwissen oder fehlende Erfahrung von Fachpersonen in der Begleitung und Behandlung von Menschen mit einer Geschlechtsinkongruenz stellen für viele Betroffenen nach wie vor eine Hürde dar und erschweren den Zugang zur Gesundheitsversorgung. In einer Studie zur Gesundheit von LGBT-Personen¹⁸ in der Schweiz gaben 35,6% der trans/nichtbinären Personen an, in der Vergangenheit aus Angst vor diskriminierender Behandlung aufgrund ihrer Geschlechtsidentität oder ihrer sexuellen Orientierung auf Gesundheitsleistungen verzichtet zu haben (Krüger et al. 2023). Fehlende Fachkompetenz im Umgang mit geschlechtsvarianten Personen wurde als ein wichtiger Grund für diese negativen Erfahrungen identifiziert (Ayhan et al. 2020). Dies trifft auch für Minderjährige in der Schweiz zu (Medico et al. 2020). Es ist deshalb zentral, dass die Begleitung und Behandlung von Personen mit einer Geschlechtsdyspho-

17 «Diese [Ergebnisse] machen deutlich, dass der Transitionsprozess nicht nur als rein «medizinische» Angelegenheit betrachtet werden sollte, sondern als multifaktorielles Phänomen, das psychologische, physische und soziale Prozesse umfasst. Daher sind mehr systemische Interventionen durch das Gesundheitssystem wie auch durch Gleichaltrige erforderlich (z. B. Einbezug von Familienmitgliedern, der Schule, des Arbeitgebers). Garcia Nuñez et al (2024), S. 7. Deutsche Übersetzung durch die NEK.

18 LGBT steht für lesbisch, schwul (gay), bisexuell und trans.

rie durch adäquat (d.h. in *trans health*) geschulte und erfahrene Fachpersonen erfolgt (vgl. AWMF-Leitlinie, VII.K0; Coleman et al. 2022).

Zielsetzung

Eine psychologische oder psychiatrische Begleitung kann Unterstützung bieten bei der Bewältigung belastender Erfahrung wie z.B. familiärer Konflikte oder Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen (Mobbing etc.). Sie kann hilfreich sein bei der vertieften Erkundung der eigenen Geschlechtsidentität oder als Unterstützung bei der Reflexion und Bearbeitung verinnerlichter Stigmata (Transfeindlichkeit). Während einer sozialen oder medizinischen Transition* kann zudem eine psychologische oder psychiatrische Unterstützung im Sinne einer Prozessbegleitung angeboten werden (vgl. AWMF-Leitlinie, V.K4).

Trotz des im Durchschnitt deutlich erhöhten Risikos für psychische Erkrankungen können geschlechtsinkongruente Jugendliche und Erwachsene längerfristig eine Lebensqualität erreichen, welche mit derjenigen cisgeschlechtlicher* Personen vergleichbar ist (Durwood et al. 2017, de Vries et al. 2014), insbesondere, wenn sie über ein unterstützendes Umfeld verfügen (De Lara et al. 2020). Schutz vor Diskriminierungserfahrungen sowie der Zugang zu einer zielgruppengerechten medizinischen Versorgung können zudem das Suizidrisiko sowie das Risiko für Depressionen substantiell verringern (vgl. Green et al. 2022; Tordoff et al., 2022; Bauer et al. 2015).

2.2.2. Pubertätsblockade

Der Einsatz von Medikamenten, welche die Pubertät anhalten (Pubertätsblocker) ist eine von verschiedenen medizinischen Massnahmen, die gegenwärtig zur Behandlung einer Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen eingesetzt werden. Diese Behandlung wurde

ursprünglich entwickelt, um die Reifeentwicklung bei Kindern mit frühzeitig einsetzender Pubertät (*pubertas praecox*) zu verzögern und kommt in diesem Bereich seit vielen Jahren zum Einsatz. Dabei werden sogenannte GnRH-Analoga¹⁹ verwendet, welche die Produktion der körpereigenen Geschlechtshormone stark senken und dadurch die Pubertät unterbrechen. Bereits vollzogene biologische Reifeprozesse, z.B. ein Stimmbruch, können jedoch nicht rückgängig gemacht werden. Bei der Anwendung von GnRH-Analoga bei Jugendlichen mit einer Geschlechtsinkongruenz handelt es sich um eine Praxis ausserhalb der offiziellen Zulassung (Off-Label-Praxis).²⁰

Im Kontext einer Geschlechtsdysphorie sieht die aktuelle *Best Practice* vor, bei vorhandener Indikation mit einer Pubertätsblockade frühestens ab Tanner-Stadium* 2 zu beginnen. Das bedeutet, dass der Beginn des Brust- oder Hodenwachstums abgewartet wird.²¹ Pubertätsblocker können auch noch zu einem späteren Zeitpunkt eingesetzt werden, wobei der angestrebte Effekt, die Herausbildung der charakteristischen Geschlechtsmerkmale zu verhindern, mit fortschreitender Pubertät geringer wird. Die Jugendlichen sind bei Behandlungsbeginn meist zwischen 12 und 16 Jahre alt (Coleman et al. 2022, S66). Es handelt sich bei der Pubertätsblockade in jedem Fall um eine zeitlich begrenzte Massnahme. Wird das GnRH-Analogum abgesetzt, setzt sich die Pubertät fort. Die Massnahme ist nach heutigem Erkenntnisstand vollständig reversibel und im Kontext der *pubertas praecox* gut erforscht und erprobt (Hembree et al. 2017). Da es sich bei der Behandlung von Jugendlichen mit einer Geschlechtsdysphorie um eine andere Altersgruppe handelt, ist in diesem Kontext zusätzlich zu den körperlichen Auswirkungen auch die psychologische und soziale Dimension einer verzögerten Pubertät zu berücksichtigen. Während bei der *pubertas praecox* durch die Behandlung eine Angleichung an

19 Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga sind hormonähnliche Stoffe, welche an den GnRH-Rezeptoren andocken und diese bei längerer Einnahme herunterregulieren, sodass die Ausschüttung von Sexualhormonen reduziert wird.

20 Off-Label bedeutet, dass die entsprechende Behandlung, resp. ein Wirkstoff/Medikament nicht für diese spezifische Indikation oder Patient:innen-gruppe zugelassen ist. Da in Zulassungsstudien Kinder aus ethischen Gründen meist ausgeschlossen werden, ist die Off-Label-Praxis in der Pädiatrie weit verbreitet (ca. 40% bis 90% der verschriebenen Medikamente). Cuzzolin et al. (2003); Kimland & Odland (2012).

21 AWMF-Leitlinie, VII.K6; Coleman et al. (2022), S. 111.

die körperliche Entwicklung der Gleichaltrigen erfolgt, ist dies bei Jugendlichen unter einer Pubertätsblockade nicht der Fall. Zu den psychischen und sozialen Auswirkungen einer verzögert durchlebten Pubertät liegen aktuell noch kaum belastbare Daten aus wissenschaftlichen Untersuchungen vor (Coleman et al. 2022, S66).

Behandlungsziel

Durch den Einsatz einer Pubertätsblockade kann einerseits verhindert werden, dass sich unerwünschte körperliche Geschlechtsmerkmale herausbilden (z.B. Stimmbruch, Bartwuchs, Brustwachstum), welche irreversibel sind und das Ergebnis einer späteren Transition negativ beeinflussen würden. Andererseits kann Zeit gewonnen werden, um die Bedürfnisse und Wünsche der Jugendlichen sorgfältig abzuklären und Raum für einen Reflexionsprozess zu schaffen, der nebst den betroffenen Jugendlichen auch ihr nächstes Umfeld mit einbezieht. Sind die Jugendlichen mit Bezug auf weitergehende medizinische Massnahmen noch nicht urteilsfähig, kann durch eine Pubertätsblockade zudem die Zeit bis zur Urteilsfähigkeit überbrückt werden, ohne sie dabei dem Stress einer Pubertät im unerwünschten Geschlecht auszusetzen.

Da eine Pubertätsblockade die biologische Reifeentwicklung lediglich stoppt, jedoch keine körperliche Entwicklung in Richtung des gewünschten Geschlechts veranlasst, ist nicht zu erwarten, dass der Leidensdruck einer bestehenden Geschlechtsdysphorie alleine durch diese Massnahme verringert werden kann. Das Ziel liegt vielmehr darin, eine Intensivierung der Genderdysphorie aufgrund der unerwünschten körperlichen Veränderungen zu verhindern. Da die Pubertät für Jugendliche mit einer ausgeprägten Geschlechtsdysphorie einen enormen Stressfaktor darstellt, kann sich eine Pubertätsblockade entlastend und damit positiv auf das allgemeine psychische Wohlbefinden der Jugendlichen auswirken, indem ein Szenario abgewendet wird, das für diese kaum zu ertragen ist (vgl. Rew et al. 2021).

Risiken und Nebenwirkungen

Neben vorübergehenden Nebenwirkungen, wie beispielsweise Hitzewallungen oder Stimmungsschwankungen,²² können Pubertätsblocker auch Auswirkungen auf die Knochendichte haben. Da Geschlechtshormone den Knochenstoffwechsel beeinflussen, kann eine Behandlung mit Pubertätsblockern während deren Einnahme den Knochenaufbau hemmen, was besonders bei einem längeren Einsatz zu berücksichtigen ist. Wird die Pubertätsblockade abgesetzt oder werden im Anschluss an eine Pubertätsblockade gegengeschlechtliche Hormone verabreicht, normalisiert sich die Knochendichte gemäss aktuellem Forschungsstand in den meisten Fällen wieder (vgl. Taylor et al. 2024b).²³ Ausreichend Bewegung und eine ausgewogene Ernährung tragen ebenfalls zu einer gesunden Knochendichte bei (Ciancia et al. 2022) und können den negativen Effekt der Behandlung mit GnRH-Analoga teilweise kompensieren (Bergström et al. 2005).

Ob die Behandlung mit Pubertätsblockern einen Einfluss auf die kognitive Entwicklung hat, ist noch nicht abschliessend geklärt. Basierend auf dem aktuellen Wissensstand zum Einfluss der Pubertät auf die Hirnreifung kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Unterbruch der Pubertät auch die Hirnentwicklung beeinflusst. Empirische Hinweise auf spezifische Verhaltensänderungen in Mausmodellen konnten bisher nicht durch Studien mit Menschen bestätigt werden (Anacker et al. 2020). Eine Studie, welche IQ-basierte Voraussagen auf das zukünftige Ausbildungsniveau untersuchte, konnte keine Unterschiede zwischen Personen, welche eine medizinische Transition (Pubertätsblockade und geschlechtsangleichende Hormone) vollzogen hatten und Vergleichsgruppen feststellen. Verglichen mit der holländischen Gesamtbevölkerung, schnitten erstere sogar leicht besser ab, trotz vergleichbaren IQ-Ausgangswerten (Arnoldussen et al. 2022). Eine bildgebende Studie untersuchte die Hirnaktivitäten von geschlechtsdysphorischen Jugendlichen mit (n=20) und ohne (n=20) Pubertätsblockade

22 Solche menopausalen Beschwerden treten primär bei einem Behandlungsbeginn bei bereits fortgeschrittener Pubertät auf und sind in der Regel vorübergehend (vgl. AWMF-Leitlinie, S. 229f.). Dennoch sollte insbesondere bei transmaskulinen* Personen auf Stimmungsverschlechterungen geachtet werden.

23 Eine bereits unterdurchschnittliche Knochendichte bei Behandlungsbeginn kann ein Grund hierfür sein und sollte bei der Behandlung mitberücksichtigt werden.

sowie einer Kontrollgruppe von Jugendlichen ohne Geschlechtsdysphorie (n=45) bei Aufgaben, welche verschiedene kognitive Funktionen, insbesondere Planungsfunktionen erfordern (Staphorsius et al. 2015). Zwischen den beiden Gruppen geschlechtsdysphorischer Jugendlichen mit und ohne Pubertätsblockade liessen sich keine signifikanten Unterschiede in der Leistung (Zeit, Fehlerrate) ermitteln. Die MRI Aufnahmen der Jugendlichen unter einer Pubertätsblockade zeigten vergleichbare Hirnaktivitäten mit der Kontrollgruppe des bei Geburt zugewiesenen Geschlechts*. Hingegen zeigten die unbehandelten geschlechtsdysphorischen Jugendlichen deutlich abweichende Hirnaktivitäten, sowohl im Vergleich zu den behandelten Jugendlichen als auch zur Kontrollgruppe. Der Grund dafür ist ungeklärt, könnte aber auch eine Folge der kleinen Stichprobe sein.²⁴

2.2.3. Geschlechtsangleichende Hormontherapie

Um die Pubertät im erwünschten Geschlecht durchleben zu können, ist der Einsatz von Hormonen des entsprechenden Geschlechts notwendig. Durch die Hormone verändert sich der Körper in Richtung Identifikationsgeschlecht, wobei gewisse Veränderungen irreversibel sind, d.h. auch nach Absetzen der Hormone weitgehend bestehen bleiben. Das betrifft etwa das Brust- oder Bartwachstum, die Veränderung der Stimme oder die Körpergrösse. Andere Veränderungen (z.B. die Verteilung von Fett- und Muskelmasse) sind hingegen weitgehend reversibel. Die Hormone müssen deshalb lebenslang eingenommen werden, um den gewünschten Effekt aufrechtzuerhalten. Für eine Indikationsstellung ist eine Diagnose gemäss ICD (resp. DSM-5) und somit eine ausgeprägte und anhaltende Geschlechtsinkongruenz (resp. eine Geschlechtsdysphorie) notwendig, verbunden mit dem Wunsch nach einer geschlechtsangleichenden Hormontherapie.

Die Hormontherapie hat zudem Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit der behandelten Personen. Zwar bestehen Chancen auf eine Reaktivierung der Eizellen- und Spermienproduktion in ausreichender Qualität nach Absetzen der Hormone (Cheng et al. 2019), bei lange bestehender Hormonbehandlung kann die Fruchtbarkeit, insbesondere die Qualität der Eizellen, aber dauerhaft beeinträchtigt sein (Moravek et al. 2020). Es wird deshalb empfohlen, frühzeitig über Möglichkeiten der Fertilitätserhaltung, insbesondere der Kryokonservierung von Keimzellen, d.h. über das Einfrieren von Ei- oder Samenzellen zu informieren. Ein solches Verfahren setzt jedoch voraus, dass mit der Pubertätsblockade oder, falls auf eine Pubertätsblockade verzichtet wird, mit der geschlechtsangleichenden Hormontherapie bis zur Bildung befruchtungsfähiger Eizellen oder zeugungsfähiger Spermien zugewartet wird. Dies ist bei Spermien im Tanner-Stadium 3–4, bei Eizellen im Tanner-Stadium 4 der Fall. Alternativ kann bereits vor der Ausreifung der Keimzellen Hoden- oder Ovarialgewebe entnommen werden, um dieses zu einem späteren Zeitpunkt zu transplantieren. Die Erfolgsaussichten sind jedoch geringer als bei der direkten Entnahme ausgereifter Keimzellen (Feil et al. 2023).²⁵

Behandlungsziel

Durch den Einsatz einer geschlechtsangleichenden Hormontherapie findet eine Anpassung der körperlichen Merkmale an das Identifikationsgeschlecht und damit eine potenzielle Reduktion der Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie statt.²⁶ Im Idealfall kann damit eine Reduktion der psychischen Belastung auf das Niveau der cisgeschlechtlichen Bevölkerung erzielt werden (De Lara et al. 2020). Für Personen, welche sich mit einem der beiden binären Geschlechtern (Mann/Frau) identifizieren, besteht das Behandlungsziel neben einem gesteigerten Wohlbefinden im eigenen Körper auch im sogenannten «passing»*, also darin, vom Umfeld als Person des Geschlechts

24 Um die Qualität zukünftiger Studien zu den Auswirkungen einer Pubertätsblockade auf die Gehirnentwicklung sicherzustellen, hat ein internationales Team von 24 Expert:innen entsprechende Empfehlungen zum Studiendesign veröffentlicht (Chen et al. 2020).

25 Vgl. auch die folgenden Informationen des Universitätsspitals Zürich (USZ) zum Thema Fertilitätserhalt bei keimzellschädigenden Behandlungen: <https://www.usz.ch/fertilitaetserhalt-bei-keimzellschaedigenden-behandlungen> (21.08.2024).

26 «Alle [23] Teilnehmende in unserer Studie litten zum Zeitpunkt T0 an einer Geschlechtsdysphorie, welche sich ausnahmslos nach einem Jahr geschlechtsangleichender Hormontherapie aufgelöst hatte. Daran zeigt sich, dass eine Transidentität nicht zwingend mit einer Geschlechtsdysphorie einhergehen muss [...]» De Lara et al. (2020), S. 46. Deutsche Übersetzung durch die NEK.

wahrgenommen zu werden, zu dem man sich zugehörig fühlt. Da diese Zuschreibung meist auf der Basis äusserlicher Geschlechtsmerkmale erfolgt, sind sichtbare körperliche Veränderungen wie Bartwuchs, Brustentwicklung oder die Veränderung der Stimme für viele Personen wichtige Meilensteine innerhalb eines Transitionsprozesses.

Risiken und Nebenwirkungen

Neben den erwähnten Auswirkungen der Hormontherapie auf die Fertilität stehen bei den Nebenwirkungen insbesondere die Knochengesundheit sowie das Thrombose- und Krebsrisiko im Vordergrund. Die vorhandene wissenschaftliche Evidenz deutet darauf hin, dass die Hormontherapie bei gesunden Personen keine gravierenden gesundheitlichen Nachteile mit sich bringt (vgl. Hembree et al. 2017). Das Risiko für Brustkrebs ist durch die Einnahme von Östrogenen leicht erhöht, jedoch niedriger als bei cisgeschlechtlichen Frauen. Ebenfalls erhöht sich das Thromboseisiko durch die Einnahme von Testosteron leicht (vgl. AWMF-Leitlinie, S. 238). Darüber hinaus wird über typische hormonbedingte Nebenwirkungen wie Akne, Brustempfindlichkeit, Stimmungsschwankungen, gesteigerten Appetit oder hormonbedingten Haarausfall (Alopezie) berichtet, welche in vergleichbarem Masse wie bei cisgeschlechtlichen Personen des entsprechenden Geschlechts auftreten (Taylor et al. 2024b). Abweichungen im Bereich der Knochendichte, die aufgrund einer Pubertätsblockade entstehen können, normalisieren sich durch den Einsatz geschlechtsangleichender Hormone im Normalfall wieder (Taylor et al. 2024b).

2.2.4. Chirurgische Eingriffe

Chirurgische Eingriffe, wie beispielsweise der Aufbau einer Vagina oder eines Penis (Vagino- oder Phalloplastik), eine Gebärmutterentfernung (Hysterektomie), eine Kehlkopfoperation oder gesichtschirurgische Eingriffe, werden in Europa in der Regel

erst nach Erreichen der Volljährigkeit durchgeführt (Brierley et al. 2024) und werden aus diesem Grund hier nicht ausführlich diskutiert. Eine Ausnahme bildet die Brustentfernung (Mastektomie): Brüste sind ein gut sichtbares Geschlechtsmerkmal und werden von der Umwelt oft als Anhaltspunkt zur Zuschreibung des Geschlechts verwendet. Die Brustentwicklung beginnt früh in der Pubertät (Tanner Stadium 2) und verursacht bei den Betroffenen oftmals einen grossen Leidensdruck. Durch ihre Sichtbarkeit erschweren sie eine soziale Transition, resp. erhöhen die Wahrscheinlichkeit, als trans erkannt zu werden und damit das Risiko von Übergriffen bei bereits vollzogener sozialer Transition (vgl. AWMF 2018, S. 46; Miller & Grollman 2015). Aus diesen Gründen kann eine Mastektomie bereits bei minderjährigen Personen indiziert sein. Alternativ können die Brüste abgebunden werden mit speziell dafür angefertigten *Bindern*. Diese verursachen jedoch in vielen Fällen Schmerzen und selten auch physische Verletzungen wie Rippenbrüche, insbesondere wenn über einen längeren Zeitraum (d.h. mehrere Jahre) angewendet (Peitzmeier et al., 2021). Bei Personen mit männlichen Geschlechtsmerkmalen kann als Alternative zu einer Entfernung von Hoden und Penis (Orchiektomie/Penektomie) das sogenannte «*tucking*» praktiziert werden, d.h. das Fixieren von Penis und Hoden im Schritt, so dass die typische Vorwölbung auch bei engerer Kleidung nicht mehr sichtbar ist. Diese Praxis kann sich längerfristig negativ auf die Fruchtbarkeit auswirken (Feil et al. 2023).

Die generelle Zufriedenheit mit geschlechtsangleichenden chirurgischen Eingriffen ist gemäss einer Überblicksstudie unabhängig von Geschlecht und Art des Eingriffs hoch (Ren et al. 2024, Javier et al. 2022) und gemäss einer Follow-up-Studie anhaltend, mit Werten zwischen 94% und 100% vier bis sechs Jahre nach der Operation (Van de Grift et al. 2018).²⁷ Die Betroffenen bewerten das Ergebnis zudem meist besser als die medizinischen Fachpersonen.²⁸

27 Im Gegensatz zur Überblicksstudie von Javier et al. (2018) sind die Fallzahlen in Van de Grift et al. 2018 teilweise sehr klein (n zwischen 3 und 71).

28 «Die behandelnden Fachpersonen bewerteten das Operationsergebnis in 62% der Fälle positiv, verglichen mit einer zu 95% positiven Einschätzung durch die Patient:innen selbst.» Johansson et al. (2010), S. 1429. Deutsche Übersetzung durch die NEK.

Nur wenige Personen bereuen den Eingriff. Gemäss einer Metaanalyse, in deren Rahmen Daten zur Zufriedenheit von rund 8'000 Personen nach unterschiedlichen geschlechtsangleichenden Eingriffen ausgewertet wurden, bereuten 77 Personen den Eingriff (ca. 1%) (Bustos et al. 2021). Personen, welche nach der Operation entschieden, wieder im bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht zu leben (34 Personen), gaben als häufigsten Grund fehlende Akzeptanz im Umfeld (Arbeit, Familie, Partnerschaft) an. Kosmetisch oder funktional unbefriedigende Operationsergebnisse und medizinische Komplikationen waren weitere häufig genannte Gründe, führten jedoch in der Regel nicht zu einer Detransition (Bustos et al. 2021; vgl. auch Wiepjes et al. 2018). Die Zufriedenheit mit den Operationsergebnissen ist in jüngeren Erhebungen sowie für in den USA durchgeführte Eingriffe tendenziell höher (Ren et al. 2024), was auf unterschiedliche und über die Zeit verbesserte Operationstechniken schliessen lässt. Zur Standardisierung und Qualitätssicherung geschlechtsangleichender chirurgischer Eingriffe wird in Deutschland aktuell eine AWMF-Leitlinie erarbeitet.²⁹

Die genannten chirurgischen Eingriffe sind irreversibel.³⁰ Sie unterliegen den üblichen Risiken chirurgischer Eingriffe, wie zum Beispiel allergischen Reaktionen auf verwendete Wirkstoffe, Nervenschädigungen und daraus resultierende Empfindungsstörungen, Infektionsrisiken oder Komplikationen bei der Wundheilung. Die Entfernung von Reproduktionsorganen (z.B. Hysterektomie, Orchiektomie) führt zudem zur dauerhaften Unfruchtbarkeit der Person.

29 AWMF-Leitlinie Geschlechtsangleichende chirurgische Massnahmen bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie (Nr. 043-052).

30 Mit irreversibel ist hier gemeint, dass der ursprüngliche Zustand nicht vollständig wiederhergestellt werden kann. Ein künstlicher Brustaufbau ist z.B. auch nach einer Mastektomie durchführbar.

3. Rechtliche und ethische Erwägungen

Bei Entscheidungen bezüglich der medizinischen Behandlung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie kommen verschiedene Faktoren zusammen, welche schwierige Abwägungen erforderlich machen und dadurch höchste Anforderungen an die behandelnden Fachpersonen und alle weiteren an der Entscheidung beteiligten Personen und deren Urteilkraft stellen. Stehen institutionelle Gefässe der Ethikberatung zur Verfügung, können diese bei Bedarf bei der Entscheidungsfindung als wertvolle Ressource beigezogen werden.

Oftmals besteht wegen des grossen Leidensdrucks der betroffenen Jugendlichen eine hohe Dringlichkeit zu handeln, während zugleich aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Persönlichkeits- und Reifeentwicklung eine eher abwartende Haltung naheliegen würde – insbesondere, wenn die minderjährige Person noch nicht urteilsfähig ist. Die Dringlichkeit der Entscheidung wird ausserdem noch verstärkt durch die Tatsache, dass im Zuge der Pubertät körperliche Veränderungen stattfinden, welche auch durch den Einsatz geschlechtsangleichender Hormone nicht rückgängig gemacht werden können und im Falle einer späteren medizinischen Transition mehr und schwerwiegendere chirurgische Eingriffe erforderlich machen würden. Demgegenüber stehen die teilweise ebenfalls irreversiblen körperliche Veränderungen sowie das Risiko eines dauerhaften Verlusts der Fruchtbarkeit als Folge einer geschlechtsangleichenden Hormontherapie.

Die Beurteilung all dieser Aspekte wird schliesslich dadurch erschwert, dass die gegenwärtig vorhandene empirische Evidenz zu Wirkungen, Nebenwirkungen und (positiven wie negativen) Langzeitfolgen verschiedener Massnahmen zwar wichtige Hinweise liefert und teilweise auch klare Tendenzen aufzeigt, die Qualität der aktuell vorhandenen Daten aber (noch)

nicht den hohen Anforderungen entspricht, welche aufgrund der weitreichenden und teils irreversiblen Folgen der Behandlung an eine evidenzbasierte Entscheidung gestellt werden müssten (vgl. Taylor et al. 2024a&b). All diese Überlegungen und Abwägungen finden zudem in einem Kontext statt, in welchem die Urteilsfähigkeit der betroffenen minderjährigen Personen nicht immer zweifelsfrei bereits gegeben ist, jedoch aufgrund der höchstpersönlichen Natur der Entscheidungen eine Stellvertretung durch die sorgeberechtigten Personen problematisch erscheint.

Es ist deshalb wenig erstaunlich, dass sich über der Frage nach einer angemessenen medizinischen Versorgung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie gesellschaftliche und teilweise auch medizinische Kontroversen entfacht haben. Es stehen gewichtige Güter auf dem Spiel, welche sorgfältig gegeneinander abgewogen werden müssen – im Wissen darum, dass es die perfekte Entscheidung ohne Restrisiko nicht geben wird. In der Folge sollen die skizzierten Dilemmata anhand der Prinzipien biomedizinischer Ethik gemäss Beauchamp & Childress (2019) ausführlicher dargelegt und diskutiert werden.

3.1 Autonomie/Selbstbestimmung

3.1.1. Das Recht des Kindes auf eine offene Zukunft

Minderjährige sind, ebenso wie Erwachsene, Träger:innen von Grund- und Menschenrechten. Mit der Verabschiedung der UNO-Kinderrechtskonvention im Jahr 1989 wurden Kinder erstmals ausdrücklich als Rechtspersönlichkeiten anerkannt. Das Übereinkommen «schützt und anerkennt Kinder als eigenständige Personen mit eigenen Zielen und eigenem Willen und fordert, dass das Wohl des Kindes bei allen Entschei-

dungen, die es betreffen, vorrangig berücksichtigt wird.»³¹ Entscheidungen, die langfristige, irreversible Auswirkungen auf das weitere Leben eines Kindes haben, sollten deshalb, wann immer möglich, durch das Kind selbst vorgenommen werden. In diesem Zusammenhang verweist die *European Academy of Paediatrics* (EAP) auf das Recht des Kindes auf eine offene Zukunft. Mit Bezug auf die Behandlung von Minderjährigen mit einer Geschlechtsdysphorie hält die EAP fest, dass sowohl das Durchleben einer Pubertät in einem Geschlecht, das nicht der Identität des Kindes entspricht, als auch eine medizinische Transition, die das Kind später bereut, das Recht des Kindes auf eine offene Zukunft verletzt. Das Ziel sollte deshalb darin bestehen, verschiedene Optionen und Möglichkeiten offen zu halten und erkunden zu können, bis das Kind selbst die für sich richtige Entscheidung treffen kann.³²

Während der Anspruch auf eine vollständig offene Zukunft praktisch nicht einlösbar ist, erfordert der Respekt vor der Selbstbestimmung der minderjährigen Person, dass wegweisende Lebensentscheidungen wann immer möglich durch diese selbst getroffen werden. Die Pubertät setzt jedoch in einem Alter ein, in welchem nicht ohne weiteres klar ist, ob die Betroffenen bereits urteilsfähig sind in Bezug auf die Frage einer möglichen medizinischen Transition. Nur wenn sie abschätzen können, welche längerfristigen persönlichen, gesundheitlichen und sozialen Folgen ihre Entscheidung mit sich bringt, ist ihre Selbstbestimmung gewahrt. Gleichzeitig bedeutet ein abwartendes Verhalten bei vorliegendem Transitionswunsch, dass die minderjährige Person die Pubertät gegen ihren Willen im unerwünschten Geschlecht durchleben muss und eine spätere Transition durch die bereits vollzogenen körperlichen Veränderungen erschwert würde, was aus der Perspektive der Selbstbestimmung ebenfalls

problematisch ist. Der Einsatz einer Pubertätsblockade bei Minderjährigen mit einer Geschlechtsinkongruenz kann deshalb auch als Versuch verstanden werden, dieses Dilemma zu lösen, indem die durch die Pubertät verursachte Festlegung auf eine bestimmte geschlechtliche Zukunft verzögert wird. Daraus erschliesst sich auch die grosse Relevanz, die aus ethischer Sicht der Unterscheidung zwischen reversiblen und irreversiblen körperlichen Entwicklungen und medizinischen Interventionen in diesem Kontext zukommt. Die offene Zukunft wird umso stärker eingeschränkt, je geringer die Möglichkeit der betroffenen Person ist, die Entscheidung später (d.h. nach Erlangen der Urteilsfähigkeit) noch zu korrigieren.

3.1.2. Urteilsfähigkeit und stellvertretende Entscheidungen

Unabhängig davon, ob die minderjährige Person urteilsfähig ist oder nicht, wird eine Geschlechtsdysphorie nur dann medizinisch behandelt, wenn dies von der betroffenen Person auch gewünscht wird. Ist die minderjährige Person urteilsfähig, ist von Gesetzes wegen nur sie allein berechtigt, medizinischen Massnahmen zuzustimmen oder diese abzulehnen. Den sorgeberechtigten Personen kommt rein rechtlich kein Mitbestimmungs- oder Vetorecht zu. Empirische Untersuchungen zeigen jedoch, dass ein unterstützendes soziales Umfeld einen wichtigen Schutzfaktor für die psychische Gesundheit von Minderjährigen mit einer Geschlechtsdysphorie darstellt und die Behandlungsergebnisse langfristig positiver ausfallen (Simons et al. 2013; Turban et al. 2021; Campbell et al. 2023). Es erscheint deshalb aus therapeutischer Sicht nicht sinnvoll und auch nicht im Interesse der hilfesuchenden Personen, auf Konfrontationskurs mit den engsten Bezugspersonen zu gehen oder einen beste-

31 Rechtliche Grundlagen der Kinder- und Jugendpolitik in der Schweiz: <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialpolitische-themen/kinder-und-jugendfragen/grundlagen-gesetze/gesetze.html> (21.08.2024).

32 «Ein weiterer Aspekt betrifft das Recht des Kindes auf eine offene Zukunft, welches das Kind davor schützt, dass wegweisende Lebensentscheidungen in seinem Namen getroffen werden, bevor es diese selbst treffen kann. Ein Kind, das die Pubertät in einem Geschlecht durchleben muss, mit dem es sich nicht identifiziert, wird in seinem Recht auf eine offene Zukunft verletzt, aber dasselbe gilt für ein Kind, das eine Transition beginnt, die es später bereut. Ein alternativer Ansatz, der mehr Optionen offenlässt und eine grössere Fluidität des Geschlechtsausdrucks und der Geschlechtsidentität zulässt, ist trotz der unvermeidbaren Ungewissheit und der Schwierigkeiten bei der Abwägung konkurrierender Rechte zu bevorzugen.» Brierley et al. (2024), S. 5. Deutsche Übersetzung durch die NEK.

henden Konflikt zu verschärfen.³³ Vielmehr ist es zu empfehlen, die sorgeberechtigten Personen frühzeitig und kontinuierlich in die Behandlungsentscheidung einzubeziehen und wann immer möglich und im Interesse der betroffenen Person auf einen Co-Konsens hinzuarbeiten. Dabei ist gemäss AWMF-Leitlinie ein solcher Konsens umso wichtiger, «[j]e gravierender die anstehende Entscheidung ist und je schwerer die Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit der betroffenen Person fällt [...]» (AWMF-Leitlinie, S. 274). Ist die minderjährige Person nicht urteilsfähig, übernehmen die gesetzlichen Stellvertreter im Normalfall die Entscheidung über medizinische Massnahmen. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn die Entscheidung keine absolut höchstpersönlichen Rechte betrifft, welche eine Vertretung ausschliessen.³⁴ Wie ist die Behandlung einer Geschlechtsdysphorie diesbezüglich einzuordnen?

Bei der medizinischen Behandlung von minderjährigen Personen mit einer Genderdysphorie steht deren geschlechtliche Identität im Zentrum. Die geschlechtliche Identität stellt für viele Menschen ein wichtiges Element ihrer Persönlichkeit dar und ist auf engste Weise mit dem eigenen Selbstkonzept verbunden. Es stellt sich deshalb die Frage, ob Entscheidungen in dieser Sache überhaupt eine Vertretung erlauben oder ob es sich hier, wie beispielsweise bei der Eheschliessung, um ein absolut höchstpersönliches, also nur von der betroffenen Person selbst ausübbares Recht handelt. Dafür spricht neben der bereits erwähnten Tatsache, dass die Geschlechtsidentität den Kern der Persönlichkeit berührt, auch, dass es sich bei Fragen von Geschlecht, Geschlechtsidentität und Sexualität um in höchstem Masse intime und persönliche Angelegenheiten handelt, die von Dritten nur unzureichend beurteilt werden können. Zudem durchdringt Geschlecht als Kategorie fast jeden Lebensbereich, was eine Person im Alltag dazu zwingt, permanent nach

aussen hin über das eigene Geschlecht Rechenschaft abzulegen. Entscheidungen in diesem Bereich haben deshalb erfahrungsgemäss einen tiefgreifenden Einfluss auf die Lebensrealität und die Selbstbestimmung einer Person. Aus diesem Grund spricht sich die NEK dafür aus, dass bei geschlechtsangleichenden medizinischen Massnahmen und Eingriffen, welche tiefgreifend und dauerhaft in das Erscheinungsbild der Person eingreifen oder irreversible Folgen für die Fruchtbarkeit der Person haben, eine stellvertretende Einwilligung bei Urteilsunfähigkeit nicht zulässig ist. Dies betrifft sowohl die Behandlung mit geschlechtsangleichenden Hormonen als auch entsprechende chirurgische Eingriffe. Davon zu unterscheiden sind Eingriffe und Massnahmen, welche temporär und reversibel sind, wie beispielsweise die Pubertätsblockade. Hier besteht die Möglichkeit, dass die Person nach Erlangen der Urteilsfähigkeit selbst über die Weiterführung oder den Abbruch der Massnahme entscheiden kann. Dadurch bleibt ihr Recht auf eine offene Zukunft weitestgehend gewahrt. Eine Vertretung ist in dieser Situation grundsätzlich möglich, die betroffene Person ist aber eng in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen und jede Behandlung bedarf ihrer Zustimmung. Ist die minderjährige Person noch nicht urteilsfähig, sollte sie zudem aktiv darin unterstützt werden, die entsprechenden Fähigkeiten zu erlangen.

3.1.3. Recht auf Partizipation und *Shared Decision Making*

Unabhängig vom Alter der minderjährigen Person hat diese ein Recht auf Partizipation, auch dann, wenn sie noch nicht urteilsfähig ist. Dieses Recht leitet sich unter anderem aus Artikel 12 der UNO Kinderrechtskonvention (KRK) ab und umfasst verschiedene Formen der Mitwirkung, wie beispielsweise das Recht auf Information, auf Anwesenheit, auf freie Meinungsbildung und -äusserung oder das Recht, gehört zu wer-

33 Während sich die Betroffenen oft schon lange mit ihrer Geschlechtsidentität auseinandergesetzt haben, kann ein erstmals geäusselter Transitionswunsch die Angehörigen teilweise überraschen. Sie benötigen oft mehr Zeit, um sich überhaupt mit dem Thema zu befassen und zu verstehen, dass dieser Wunsch das Ergebnis eines längeren inneren Prozesses ist (Pauli 2023). Dies zeigt sich auch darin, dass der Prozentsatz der Eltern, welche der Geschlechtsidentität ihrer trans Kinder positiv gegenüberstehen, mit zeitlichem Abstand zum Coming-out zunimmt (vgl. Grossman et al. 2021).

34 Als absolut höchstpersönliche Rechte gelten etwa das Recht, eine Ehe einzugehen oder das Recht, ein Testament zu errichten.

den (vgl. SKMR 2020). Die Perspektive und Wünsche der Kinder und Jugendlichen sind deshalb im Entscheidungsprozess angemessen und entsprechend ihrem Alter und ihrer Reife zu berücksichtigen.³⁵ Als innerpsychische Gewissheit entzieht sich die Geschlechtsidentität weitgehend objektiven Mess- oder Testverfahren (Turner et al. 2020), so dass die Autorität über das eigene Erleben und Empfinden letztlich stets bei der betroffenen Person bleiben muss (Wiesemann 2020). Ziel der Behandlung sollte es deshalb sein, die minderjährigen Personen in einem ergebnisoffenen Prozess bei der Exploration ihrer Geschlechtsidentität zu unterstützen und eine selbstbestimmte Entscheidung über mögliche Behandlungen – oder den Verzicht auf ebendiese – zu ermöglichen (vgl. AWMF-Leitlinie, V.K3.; Ashley 2019). Gleichzeitig kann die Komplexität der Entscheidung die betroffenen Personen überfordern. Dies nicht zuletzt, weil der Leidensdruck typischerweise hoch ist und die minderjährigen Personen in vielen Fällen Unverständnis und Ablehnung durch das nähere Umfeld erleben oder befürchten müssen (Grossman et al. 2021), was die Entscheidungsfindung emotional herausfordernd machen kann. Im Sinne der relationalen Autonomie kommt deshalb der Unterstützung und Begleitung durch ein vertrauenswürdiges Gegenüber in dieser Situation eine grosse Bedeutung zu.³⁶

Um die minderjährigen Personen in diesem Prozess bestmöglich zu begleiten, bietet sich das Modell des *Shared Decision Making* an. Dieser Ansatz sieht eine auf einem Dialog basierende, patient:innenzentrierte Entscheidungsfindung auf Basis aller erforderlichen und adäquat aufbereiteten Informationen³⁷ sowie deren kontextspezifischen Bewertung vor. Voraussetzung dafür ist ein gleichberechtigter Dialog zwischen den behandelnden Fachpersonen und der betroffenen Person (sowie bei minderjährigen Personen gege-

benenfalls deren Bezugspersonen oder gesetzliche Vertretung). Es wird davon ausgegangen, dass die betroffenen Personen in Bezug auf die Entwicklung und Ausprägung ihrer Geschlechtsdysphorie, ihre Präferenzen, Werte, Lebensziele und Lebensrealität eine unersetzbare Expertise mitbringen, die zusammen mit der medizinischen Fachexpertise der behandelnden Fachpersonen eine bestmögliche Entscheidung für die Bewältigung einer spezifischen medizinischen Herausforderung ermöglicht. In einem iterativen Prozess werden mögliche Behandlungsoptionen im Lichte der Präferenzen, Werte und Lebensziele der Betroffenen bewertet und eine gemeinsam verantwortete Entscheidung über die der Situation angemessenen medizinischen Behandlung getroffen. Unabhängig davon, ob sie urteilsfähig sind oder nicht, partizipieren die betroffenen Personen nach Möglichkeit an allen Schritten des Entscheidungsfindungsprozesses. Die Berechtigung, einer medizinischen Massnahme zuzustimmen oder diese abzulehnen, bleibt auch in diesem Modell bei der betroffenen Person, resp. bei Urteilsunfähigkeit bei deren gesetzlichen Vertretung.

Das Modell des *Shared Decision Making* impliziert, dass sich der Behandlungsprozess an der individuellen Situation und den spezifischen Bedürfnissen der betroffenen Personen orientiert und nicht an einem vordefinierten gesellschaftlichen Ideal, wie beispielsweise demjenigen einer «perfekten» Transition. Anstelle von fest vorgegebenen Behandlungspfaden sollten wo immer möglich und sinnvoll individualisierte Behandlungsziele vereinbart werden (vgl. De Lara et al. 2020). Auch muss die Option, eine begonnene Behandlung abubrechen oder einen Behandlungspfad nachträglich anzupassen jederzeit offenstehen, ohne dass dies negative Folgen für die weitere Behandlung hat.

35 Art. 12 Abs. 1 KRK: Die Vertragsstaaten sichern dem Kind, das fähig ist, sich eine eigene Meinung zu bilden, das Recht zu, diese Meinung in allen das Kind berührenden Angelegenheiten frei zu äussern, und berücksichtigen die Meinung des Kindes angemessen und entsprechend seinem Alter und seiner Reife.

36 Gemäss dem Konzept der relationalen Autonomie, welches die Beziehungsebene bei der Ausübung der Selbstbestimmung betont, bedarf Autonomie immer einem Gegenüber. Das Konzept legt im Unterschied zu individuellen Autonomiekonzepten das Augenmerk auf den sozialen Kontext, innerhalb dessen Entscheidungen zu Stande kommen und diskutiert die familiären, gesellschaftlichen und kulturellen Vorbedingungen menschlicher Selbstbestimmung. Vgl. SAMW (2016).

37 Die Information sollte möglichst in Form evidenzbasierter Entscheidungshilfen erfolgen. Vgl. Lühnen et al. (2015). Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de> (19.09.2024).

3.1.4. Ergebnisoffenheit und Raum für Zweifel

Eine hohe Behandlungsqualität setzt ein Vertrauensverhältnis zwischen den Betroffenen und den behandelnden Fachpersonen voraus. Dieses ist umso wichtiger, je persönlicher, intimer und schambehafteter ein zu behandelndes Thema ist. Vorgängige negative Erfahrungen mit Gesundheitsfachpersonen können den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zusätzlich erschweren. Einen Raum für eine ergebnisoffene Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtsidentität zu schaffen, beinhaltet darüber hinaus auch, dass geäußerte Zweifel oder Meinungsänderungen der Betroffenen als Teil des Prozesses verstanden werden und die Chancen auf eine medizinische Behandlung nicht automatisch reduzieren oder gar vereiteln. Ansonsten besteht die Gefahr der Selbstzensur, d.h. dass sich die Betroffenen den Erwartungen der behandelnden Personen anpassen und sich gedrängt fühlen, Narrative zu verwenden, die von diesen als glaubwürdig eingeschätzt werden (vgl. Howell & McGuire 2023). Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich eine Geschlechtsinkongruenz unterschiedlich zeigen kann und stereotype Vorstellungen davon, wie «echte» trans Personen auszusehen oder sich zu verhalten haben der grossen Vielfalt an Ausprägungen und Erfahrungen nicht gerecht werden. Ein Behandlungsumfeld, das den Betroffenen das Gefühl vermittelt, in ein bestimmtes Schema passen zu müssen, um ernst genommen zu werden, ist deshalb für eine ergebnisoffene und selbstkritische Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtsidentität nicht förderlich.

Andererseits gehört zu einem sorgfältigen und verantwortungsvollen Prozess der Begleitung der minderjährigen Personen auch, deren Wünsche und Vorstellungen bei Bedarf kritisch hinterfragen zu können, ohne dass dies als Misstrauensvotum gewertet werden muss. Werden Risiken unterschätzt oder der Nutzen einer Behandlung überschätzt, so ist es Aufgabe der behandelnden Fachpersonen, diese Erwartungen

zu korrigieren. Die Begleitung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsinkongruenz erfordert deshalb nicht nur viel Fachwissen und Erfahrung, sondern auch das entsprechende Feingefühl und ein Bewusstsein für deren Lebensrealität, die nicht selten von stigmatisierenden Erfahrungen und Fremdbestimmung geprägt ist (vgl. Garcia Nuñez et al. 2024). Entsprechend ist eine adäquate Schulung aller in die Behandlung involvierten Fachpersonen für eine qualitativ hochstehende und diskriminierungsfreie Versorgung von grosser Bedeutung (vgl. Krüger et al. 2023).

3.2 Nichtschaden

3.2.1. Indikation und Risikoabwägung

Eine medizinische Intervention wird dann in Betracht gezogen, wenn sie medizinisch indiziert ist. Das bedeutet erstens, dass ein behandlungsbedürftiges Leiden vorliegt und die Medizin Massnahmen anzubieten hat, die geeignet sind, dieses Leiden zu mindern. Es bedeutet zudem, dass das individuelle Nutzen-Risiko-Verhältnis der Massnahme für die betreffende Person positiv ausfällt und alternative Behandlungsmöglichkeiten ausscheiden oder als weniger adäquat für die spezifische Lebenssituation eingeschätzt werden. Da es sich bei den zur Behandlung einer Geschlechtsdysphorie zur Verfügung stehenden medizinischen Massnahmen mitunter um Interventionen mit schwerwiegenden und teils irreversiblen Folgen handelt, kommt der Nutzen-Risiko-Abwägung in der Entscheidungsfindung ein besonderes Gewicht zu. Im Gegensatz zur Behandlung von erwachsenen Personen wird bei Minderjährigen in eine noch nicht abgeschlossene biologische Reifeentwicklung eingegriffen, was unerwünschte Auswirkungen haben kann, beispielsweise auf die Knochengesundheit oder die zukünftige Fruchtbarkeit der Personen. Fehlentscheidungen haben in diesem Kontext einen hohen Preis. Auf den ersten Blick könnte dies für eine äusserst zurückhaltende Behandlungspraxis sprechen, wie sie beispielsweise im «*watchful waiting*»-Ansatz³⁸ zum Ausdruck kommt.

38 «*Watchful waiting*» beschreibt das abwartende Beobachten eines Krankheitsverlaufs oder einer Entwicklung, ohne dass medizinisch eingegriffen wird. Vgl. AWMF-Leitlinie, S. 112.

Dabei wird jedoch ausgeblendet, dass auch eine zu späte medizinische Intervention grossen Schaden anrichten kann, etwa weil dadurch bei einer späteren medizinischen Transition umfangreiche chirurgische Eingriffe notwendig werden, die sonst hätten vermieden werden können oder weil sich die Symptomatik der Geschlechtsdysphorie durch die fortschreitende Pubertät zunehmend verschlechtert und dadurch das Leiden der betroffenen Personen stark zunehmen kann, bis hin zur akuten Suizidalität (vgl. Bauer et al. 2015). Es ist deshalb für den Behandlungsentscheid von grosser Wichtigkeit, mit hinreichender Sicherheit vorhersagen zu können, ob sich eine Geschlechtsinkongruenz als dauerhaft oder nur vorübergehend herausstellt. Sollte sich die Geschlechtsinkongruenz und ein damit verbundener Wunsch nach einer medizinischen Transition als dauerhaft herausstellen, wäre eine möglichst frühzeitig in der Pubertät einsetzende Behandlung zur Begrenzung eines späteren Schadens medizinisch vorteilhaft,³⁹ während es sich für den Fall einer späteren Detransition insbesondere mit Bezug auf die Fertilität genau umgekehrt verhält (Taylor et al. 2024b). Es muss deshalb im Einzelfall sorgfältig zwischen den Risiken einer Behandlung und den Risiken einer Nichtbehandlung abgewogen werden,⁴⁰ wobei die teilweise lückenhafte Evidenz die Entscheidung zusätzlich erschwert.

3.2.2. Wissenschaftliche Evidenz und Forschungslücken

Die aktuelle Datenlage bezüglich der medizinischen Behandlung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie ist in verschiedenen Bereichen unzureichend. Dies hat diverse Gründe: Kleine Fallzah-

len, die (u.a. aus ethischen Gründen) eingeschränkte Möglichkeit, randomisierte kontrollierte Doppelblindstudien durchzuführen,⁴¹ heterogene, nicht zufällig ausgewählte Stichproben, die Verwendung unterschiedlicher wissenschaftliche Analyseinstrumente und uneinheitliche Behandlungsprotokolle beeinträchtigen die Qualität und Vergleichbarkeit der verfügbaren Daten. Zudem fehlen Langzeitdaten aufgrund der vergleichsweise noch jungen Behandlungspraxis.⁴² Während einige dieser methodischen Schwächen durch robustere Forschungsdesigns zukünftig behoben werden können und müssen, bleibt das Problem der Kontrollgruppen aus ethischen Gründen weitgehend ungelöst.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Erfolgsaussichten der Behandlung nachweislich nicht nur vom Behandlungsprotokoll selbst, sondern auch vom sozialen Umfeld der sich in Behandlung befindenden Person abhängen (Simons et al. 2013). Soziale Faktoren spielen zwar bei vielen medizinischen Behandlungen eine Rolle, selten ist die Interaktion jedoch so deutlich ausgeprägt. Es ist deshalb im vorliegenden Kontext empfehlenswert, bei Untersuchungen zur Wirksamkeit bestimmter Behandlungsmethoden Unterschiede in der sozialen Unterstützung sowie Diskriminierungserfahrungen bei der Analyse systematisch mitzubetrachten (vgl. De Lara et al. 2020; Campbell et al. 2023).

Fehlende oder unzureichende Evidenz erhöht das Risiko für Fehlentscheidungen. Dies beinhaltet sowohl die Gefahr einer Über-, einer Unter- als auch einer Fehlversorgung. Die fehlende oder unsichere Datenlage muss deshalb in die Nutzen-Risiko-Abwägung mit

39 Mit Ausnahme der Vaginoplastik, für welche durch die Pubertätsunterdrückung weniger Haut vom Penis zur Konstruktion einer Neovagina zur Verfügung steht (Taylor et al. 2024a).

40 «Bei der Entscheidung für somatomedizinische Behandlungsschritte zur Pubertätsunterbrechung oder Geschlechtsangleichung im Jugendalter ist daher eine sorgfältige Abwägung von zu erwartendem Nutzen und Risiko vorzunehmen. Die möglichen gesundheitlichen Folgerisiken einer von Betroffenen im Nachhinein bereuten Entscheidung für eine somatomedizinische Behandlung oder einer sich aus anderen Gründen als fehlindiziert herausstellenden Behandlung sind demnach gegenüber Gesundheitsrisiken abzuwägen, die sich bei einem Aufschub oder Nicht-Einleiten einer somatomedizinischen Behandlung ergeben können.» AWMF-Leitlinie, S. 34.

41 Dies einerseits, weil die sichtbaren körperlichen Veränderungen durch die Hormontherapie eine Verblindung verunmöglichen, andererseits weil es aus ethischer Sicht unzumutbar erscheint, die Kontrollgruppe nur mit Placebo oder einer alternativen Therapie (z.B. Psychotherapie) zu behandeln, während gleichzeitig die Pubertät im unerwünschten Geschlecht voranschreitet.

42 Geschlechtsangleichende medizinische Behandlungen werden in verschiedenen Ländern bereits seit den 1980er Jahren oder länger praktiziert und auch wissenschaftlich ausgewertet. So existieren für die Niederlande Daten zur Behandlung von trans Personen, die bis ins Jahr 1972 zurückreichen (Wiepjes et al. 2018). Viele dieser Datensätze betreffen jedoch erwachsene Personen.

einbezogen werden. Dabei spielt ebenfalls eine Rolle, ob bereits Hinweise auf bestimmte Schädigungen vorliegen, ob die Wirkung der Behandlung umstritten ist, ob die Studienergebnisse widersprüchlich sind oder gar keine belastbaren Daten vorliegen. Bei der hormonellen Behandlung (Pubertätsblockade, geschlechtsangleichende Hormone) von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie handelt es sich um Behandlungen, die in anderen Kontexten (*pubertas praecox*, Intergeschlechtlichkeit, spezifische Hormonstörungen wie z.B. Hypogonadismus) bereits seit längerer Zeit angewendet werden und mit einem entsprechenden Monitoring (Überwachung der Nebenwirkungen) als sicher gelten (vgl. Hembree et al. 2017). Aufgrund der Anwendung auf eine andere Zielgruppe, lassen sich diese Ergebnisse nicht direkt auf die Behandlung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie übertragen, sie liefern aber dennoch wertvolle Hinweise auf mögliche Risiken und Nebenwirkungen. Gleichzeitig ist auch eine Nichtbehandlung mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden, welche in der Abwägung ebenfalls berücksichtigt werden müssen. Dabei lässt sich festhalten: Die möglichen und gemäss aktuellem Wissensstand aus Forschung und Praxis zu erwartenden Nebenwirkungen und Langzeitfolgen, sowie die mit der Behandlung verbundene Prognoseunsicherheit sind nicht dergestalt, dass sich eine medizinische Behandlung mit Pubertätsblockern oder geschlechtsangleichenden Hormonen bei minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie mit Verweis auf das Vorsorgeprinzip generell verbietet.⁴³ In Abwesenheit von wirksamen Behandlungsalternativen sowie angesichts vielversprechender Behandlungsergebnisse mit Bezug auf die psychische Gesundheit und die Lebensqualität der Betroffenen (vgl. Tordoff et al. 2022; Nobili et al. 2018) und dem Vorliegen eines bisweilen enorm grossen Leidensdrucks liegt die Schwelle, um einen generellen Behandlungsverzicht ethisch zu rechtfertigen, besonders hoch (vgl. de Lara et al. 2020). Ausschlaggebend für eine Behandlung sollte,

wie bereits ausgeführt, die individuelle Indikation sein, welche eine umfassende Nutzen-Risiko-Abwägung im Einzelfall beinhaltet. Neue wissenschaftliche Evidenz ist dabei angemessen zu berücksichtigen.

Wissenschaftliche Evidenz der höchsten Qualitätsstufe (d.h. «*randomised controlled trials*», RCT) ist unbestritten anstrebenswert, bildet jedoch in der medizinischen Versorgung die Ausnahme. Ein solcher Qualitätsstandard ist nicht immer einlösbar und würde, wenn konsequent angewendet, einen wesentlichen Teil der in der heutigen Medizin etablierten Therapien verunmöglichen. Wie in allen Bereichen der medizinischen Versorgung, sollte auch bei der Behandlung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie im Sinne der evidenzbasierten Medizin konsequent darauf hingearbeitet werden, die Qualität der Therapien durch robustere Forschungsergebnisse zu verbessern und die Wirksamkeit der Behandlungsmethoden kontinuierlich zu evaluieren. Wie zuvor ausgeführt ist insbesondere die Suche nach zuverlässigen Prädiktoren für eine dauerhafte Geschlechtsinkongruenz zu intensivieren, um den möglichen Schaden durch eine Fehldiagnose zu verhindern.

Im Rahmen der Patient:innenaufklärung muss zudem transparent kommuniziert werden, in welchen Bereichen Unsicherheiten bezüglich der Wirkung sowie möglicher kurz- oder langfristiger Nebenwirkungen der angestrebten Behandlung bestehen (vgl. Taylor et al. 2024b, S. 7). Die Einführung eines doppelten Evidenzstandards kann jedoch aus ethischer Sicht nicht gerechtfertigt werden.

3.2.3. Güterabwägung und Schadensminderung im Einzelfall

Das Wissen um die teils irreversiblen Folgen einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung oder einer chirurgischen Intervention legen aus Sicht des Nichtschadensprinzips insgesamt eine eher zurück-

⁴³ Das Vorsorgeprinzip kommt insbesondere im Umweltrecht zur Anwendung, wenn plausible Hinweise auf schwerwiegende und irreversible Schäden vorliegen, eine zuverlässige quantitative Abschätzung der Risiken aber nicht möglich ist (Beweisnotstand). In solchen Situationen verlangt das Vorsorgeprinzip, dass den Unsicherheiten mit einer Sicherheitsmarge Rechnung zu tragen ist, vorausgesetzt, dass dadurch nicht vergleichbare Risiken in Kauf genommen werden oder überwiegende private und/oder öffentliche Interessen verletzt werden (vgl. Rütsche 2024).

haltende Behandlungspraxis sowie eine engmaschige Begleitung und Überwachung (Monitoring) der Wirkung und allfälliger Nebenwirkungen nahe. Eine routinemässige Behandlung ohne sorgfältige Evaluation des Nutzen-Risiko-Verhältnisses im Einzelfall ist deshalb aus ethischer Sicht ebenso unzulässig wie das Vorenthalten einer medizinisch indizierten und von der urteilsfähigen Person gewünschten Behandlung. Wichtig sind dabei eine umfassende Aufklärung über die möglichen Risiken und Nebenwirkungen, ein gutes Monitoring, schadensmindernde Begleitmassnahmen (z.B. zur Verbesserung der Knochendichte) und eine regelmässige, gemeinsam mit den Betroffenen durchgeführte Evaluation der erzielten Wirkung der Behandlung.

Weiter sollte der Fertilitätserhaltung aus Sicht des Nichtschadens ein hoher Stellenwert eingeräumt werden. Die betroffenen Personen müssen vor dem Beginn der Hormontherapie umfassend über die Möglichkeiten und Grenzen der Fertilitätserhaltung informiert werden. Mit Blick auf die Forschung ist in diesem Kontext zudem die Entwicklung zuverlässiger Verfahren, welche einen Fertilitätserhalt auch bei nicht vollständig ausgereiften Keimzellen ermöglichen, von besonderem Interesse.

Angesicht der vielen Kontroversen sollte schliesslich nicht unberücksichtigt bleiben, dass die subjektive Zufriedenheit der Betroffenen mit der Behandlung studienunabhängig in einem hohen Bereich liegt und der Anteil der Personen, welche eine Intervention bereuen, sehr klein ist.⁴⁴ Diese Ergebnisse betreffen mehrheitlich erwachsene Personen nach Abschluss der geschlechtsangleichenden Behandlung, prospektiv betrachtet ist diese Tatsache für die Behandlungsent-scheide bei minderjährigen Personen aber ebenfalls von grosser Relevanz.

Auch hier sind noch weitere Erhebungen notwendig, um die Entwicklung der Zufriedenheit in der Langzeitperspektive besser beurteilen zu können.

3.3 Wohltun

Gemäss Art. 11 der Schweizerischen Bundesverfassung (BV) haben Kinder und Jugendliche Anspruch auf besonderen Schutz ihrer Unversehrtheit und auf Förderung ihrer Entwicklung. Diesen benötigen sie, weil sie ihre Rechte oftmals noch nicht in gleichem Masse ausüben können wie erwachsene Personen und in einem Abhängigkeitsverhältnis zu diesen stehen. Minderjährige können ihre Rechte bis zur Urteilsfähigkeit nur mit «Verbündeten» ausüben (vgl. SAMW 2016, S. 31). Sie sind zur Durchsetzung ihrer Interessen auf Unterstützung durch die Eltern oder die erziehungsberechtigten Personen angewiesen. Insbesondere bei jüngeren Personen ist der Zugang zu medizinischen Dienstleistungen in der Praxis oft von der Unterstützung der sorgeberechtigten Personen abhängig. Gleichzeitig bedeutet ein Coming-out für eine minderjährige Person mit einer Geschlechtsinkongruenz in aller Regel, die Beziehung zu ihren nächsten Bezugspersonen auf eine Probe zu stellen (vgl. Grossman et al. 2021). In dieser Hinsicht unterscheidet sich die medizinische Behandlung einer Geschlechtsdysphorie wesentlich von einer Behandlung aufgrund anderer medizinischer Diagnosen. Eine solche Offenbarung kann, besonders wenn sie sich aus der Perspektive der übrigen Familienmitglieder nicht angekündigt hat, grössere Verwerfungen im Familiengefüge verursachen, welche das Wohlergehen des Minderjährigen tiefgreifend und langfristig beeinträchtigen können (Campbell et al. 2023). Während sich die Betroffenen in den meisten Fällen schon längere Zeit mit ihrer Geschlechtsidentität auseinandergesetzt haben, ist dies für viele Bezugspersonen ein völlig unbekanntes Terrain. Sie brauchen Zeit und idealerweise fachliche Unterstützung, um sich darin zurecht zu finden. Gleichzeitig wird das Wohlergehen des Kindes in

44 Für alle zwischen 1972 und 2015 in den Niederlanden durchgeführten Behandlungen, zu welchen Daten zu «regret» vorliegen (n=2627), bereuten 14 Personen die geschlechtsangleichenden Massnahmen (11 trans Frauen (0,6%) und 3 trans Männer (0,3%)). In fünf Fällen wurde fehlende soziale Akzeptanz als Grund angegeben, in zwei Fällen eine nichtbinäre Identität und in sieben Fällen «true regret», also ein Irrtum bezüglich der Transidentität. Bis auf eine Ausnahme handelt es sich um Behandlungen, welche vor dem Jahr 2000 stattgefunden hatten (Wiepjes et al. 2018).

dieser Situation nachweislich von der Qualität seiner Nahbeziehungen und der durch das Umfeld erfahrenen Unterstützung und Akzeptanz mitbestimmt.⁴⁵ Weil die Geschlechtsidentität eng mit der eigenen Persönlichkeit verbunden ist und auch so erlebt wird, wiegt eine ablehnende Reaktion durch nahe Bezugspersonen besonders schwer. Daraus ergibt sich für die betroffenen minderjährigen Personen eine Position grosser Verletzlichkeit, welche sich nicht zuletzt in vielen Fällen in einer erhöhten psychischen Belastung oder einem sozialen Rückzug zeigt (vgl. Campbell et al. 2023; Medico et al. 2020).

Minderjährige mit einer Geschlechtsdysphorie befinden sich jedoch nicht nur im privaten Raum in einer besonders verletzlichen Position. Ihre Identität, ihr Leiden und ihre Entscheidungen werden täglich öffentlich verhandelt – nicht selten von Personen, die selbst weder über die nötigen Fachkompetenzen noch über entsprechende lebensweltliche Erfahrungen verfügen. Das gesellschaftliche Klima, das dadurch geschaffen wird, steht in eklatantem Widerspruch zum besonderen Schutzanspruch, den Kindern und Jugendlichen aufgrund ihrer besonders verletzlichen Position zukommt. Neben dem unmittelbaren sozialen Umfeld ist deshalb aus der Perspektive der Fürsorge und des Wohltuns auch die Gesellschaft als Ganze gefordert, das Leiden geschlechtsdysphorischer Minderjähriger nicht durch einen auf stereotypen Vorstellungen von Geschlecht basierenden Konformitätsdruck, soziale Abwertung und Ausgrenzung sowie medialer Skandalisierung und Stigmatisierung zu vergrössern.

Der Verweis auf die besondere Verletzlichkeit von Kindern und Jugendlichen liefert keine direkte Antwort auf die Frage nach den konkreten Behandlungsmassnahmen. Diese können immer nur im Einzelfall festgelegt werden. Es lassen sich aber Schlüsse bezüglich

des Vorgehens sowie der Verantwortung der Bezugspersonen, der behandelnden Fachpersonen wie auch der Gesellschaft ableiten: Sowohl eine rein paternalistische, die betroffenen Minderjährigen und ihre Erfahrungen nicht mit einbeziehende Behandlung, als auch ein Abwenden von oder Ignorieren der betroffenen Personen in ihrer Not, wird der besonderen Verantwortung, die gegenüber Kindern und Jugendlichen besteht, nicht gerecht. Tragfähige und vertrauensvolle Beziehungen sind für sie in dieser herausfordernden Zeit von grösster Bedeutung, so dass der Beziehungspflege und -erhaltung sowohl im familiären wie auch im therapeutischen Umfeld eine zentrale Rolle zukommt. Der teils enorme Leidensdruck und die Tatsache, dass sich die Kinder und Jugendlichen während des überaus persönlichen und herausfordernden Entwicklungsprozesses einer Transition in der Regel in ihrem Umfeld stark exponieren müssen, tragen weiter zur besonderen Schutzbedürftigkeit der Betroffenen bei. Aus diesem Grund sollte bei der Begleitung und Behandlung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie das soziale und familiäre Umfeld systematisch mit einbezogen werden (vgl. Kapitel 2.2.1). Dem Schutz vor Diskriminierung und Stigmatisierung durch das Umfeld sowie dem Schutz ihrer Privatsphäre ist während des ganzen Behandlungsprozesses höchste Priorität einzuräumen (vgl. Garcia Nuñez et al. 2024; Turban et al. 2021).

3.4 Gerechtigkeit

Das bioethische Prinzip der Gerechtigkeit verlangt eine faire Verteilung von Nutzen und Lasten im Gesundheitswesen (Beauchamp & Childress, 2019). Dies beinhaltet unter anderem, dass Ressourcen innerhalb der Gesundheitsversorgung fair verteilt sind⁴⁶ und der Zugang diskriminierungsfrei gewährleistet sein muss. Das Diskriminierungsverbot ist rechtlich in verschie-

45 «Während generell davon ausgegangen wird, dass ein unterstützendes familiäres Umfeld eine schützende Wirkung im Leben von Jugendlichen entfaltet, trifft dies in besonderem Masse auf Eltern von trans Jugendlichen zu, da diese einen entscheidenden Einfluss darauf haben, die negativen psychischen Auswirkungen der gesellschaftlichen Ausgrenzung und Diskriminierung, denen ihre Kinder ausgesetzt sind, auszugleichen.» Simons et al. (2013), S. 793. Deutsche Übersetzung durch die NEK. Vgl. auch Campbell et al. (2023)

46 Da es sich hier um eine relativ kleine Gruppe von Personen handelt und die Therapiekosten sich in einem finanziell tragbaren Bereich bewegen, spielt die Frage der gerechten Allokation von Gesundheitsleistungen zwischen verschiedenen Gruppen von Patient:innen eine untergeordnete Rolle.

denen internationalen Konventionen sowie in der Bundesverfassung verankert (Art. 8 BV).⁴⁷ Der Staat ist somit in der Pflicht dafür zu sorgen, dass strukturelle und finanzielle Hindernisse, die einen gleichberechtigten Zugang verhindern, beseitigt werden. Er ist darüber hinaus dafür verantwortlich, gemeinsam mit den Gesundheitsfachpersonen sicherzustellen, dass Entscheidungen, die die Behandlung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie betreffen, unter Wahrung ihrer Rechte und ihrer Würde getroffen werden.

Strukturelle und finanzielle Hindernisse sind in der Praxis weit verbreitet. Da die Behandlung von Personen mit einer Geschlechtsdysphorie verschiedene medizinische Fachgebiete betrifft (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie, Gynäkologie/Urologie, Endokrinologie, evtl. Chirurgie etc.), ist ein multidisziplinärer Ansatz unerlässlich, um eine umfassende medizinische Versorgung sicherzustellen. Dies macht die Versorgung von Personen mit einer Geschlechtsdysphorie komplex. In verschiedenen Ländern haben sich deshalb Kompetenzzentren gebildet, welche die verschiedenen Disziplinen unter einem Dach vereinen oder über ein Netzwerk von Fachpersonen verfügen, das eine umfassende Versorgung sicherstellt. Dennoch zeigen Umfragen, dass die Hürden zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach wie vor hoch sind. Grund dafür sind unter anderem vorgängige negative Erfahrungen oder Angst vor Diskriminierung.⁴⁸ In einer Studie zur Gesundheit von LGBT-Personen in der Schweiz gaben 35,6% der befragten trans oder nichtbinären Personen an, in der Vergangenheit aus Angst vor diskriminierender Behandlung

auf Gesundheitsleistungen verzichtet zu haben (Krüger et al. 2023). Die adäquate Schulung und regelmäßige Weiterbildung aller in die Behandlung involvierter Fachpersonen ist deshalb neben einer hinreichend grossen Anzahl betreuter Personen zentral, um eine qualitativ hochstehende Versorgung sicherzustellen.

Bei minderjährigen Personen kommt erschwerend hinzu, dass der Zugang in der Regel durch die sorgeberechtigten Personen erfolgt. Das bedeutet, dass die Kinder und Jugendlichen darauf angewiesen sind, dass die Bezugspersonen ihren Leidensdruck erkennen und als solchen ernst nehmen. Niederschwellige Anlaufstellen für minderjährige Personen können dazu beitragen, diese Zugangshürde zu verringern. Aber auch innerhalb der Gesundheitsversorgung kann es zu einem sogenannten «Gatekeeping» kommen. Das bedeutet, dass gewisse Personen oder Gruppen Kontrolle über den Zugang zu Informationen oder Ressourcen ausüben. So ist in der Schweiz eine Überweisung durch eine psychiatrische oder psychologische Fachperson notwendig, welche unter anderem auch die Urteilsfähigkeit der minderjährigen Person prüft. Während der Einbezug einer psychiatrischen Fachperson in die Behandlung fachlich geboten ist, ist sicherzustellen, dass der vorgesehene Ablauf in der Praxis nicht zu langen Wartezeiten führt. Dies kann insbesondere bei fortschreitender Pubertät eine grosse Belastung für die betroffenen Personen sein. Die neuen Leitlinien der AWMF empfehlen daher, dass in dringenden Fällen bei Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und hohem Leidensdruck eine rasche Versorgung durch entsprechende Priorisierung sichergestellt werden soll (vgl. AWMF-Leitlinie, S. 176).

47 Artikel 24 der Kinderrechtskonvention (KRK): In diesem Artikel ist das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit und auf Zugang zu hochwertigen medizinischen Leistungen verankert. Er verpflichtet die Vertragsstaaten, diesen Zugang auf nicht-diskriminierende Weise zu gewährleisten, insbesondere bei bereits verfügbaren Gesundheitsleistungen.

Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR): Dieser Artikel sieht das Recht eines jeden Menschen auf das erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit vor, einschliesslich eines diskriminierungsfreien Zugangs zu bereits vorhandener Gesundheitsversorgung. Der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR) hat festgehalten, dass dies eine Verpflichtung der Staaten beinhaltet, den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen unabhängig vom Geschlecht zu gewährleisten und positive Massnahmen zu ergreifen, um allfällige Hindernisse für diesen Zugang zu beseitigen.

Artikel 8 der Schweizer Bundesverfassung: Dieser Artikel schützt den Grundsatz der Nichtdiskriminierung, indem er jegliche Diskriminierung insbesondere aufgrund des Geschlechts, des Alters oder einer anderen persönlichen Situation verbietet. Im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung von Minderjährigen mit einer Geschlechtsdysphorie verpflichtet dieser Artikel die Behörden und Gesundheitsdienstleister dazu, einen gleichberechtigten Zugang zu Behandlungen zu gewährleisten und jede Form von ungerechtfertigtem Ausschluss oder Differenzierung zu vermeiden.

48 «Folgende Aspekte, welche sich einschränkend auf den Zugang von trans Personen zur medizinischen Versorgung auswirken, werden in der Literatur erwähnt: Diskriminierung im Gesundheitswesen, Fachpersonal, das mangelndes Wissen bezüglich transspezifischer Gesundheitsthemen aufweist, vergangene negative Erfahrungen in der medizinischen Versorgung, aber auch eine mangelnde Abdeckung von notwendigen Leistungen durch die Krankenkasse bis hin zur Verweigerung von Behandlungen.» Krüger et al. (2023), S. 41.

Eine Diskriminierung liegt zudem vor, wenn gewisse Gruppen von Personen pauschal von einer medizinischen Behandlung ausgeschlossen werden, ohne dass eine entsprechende Kontraindikation vorliegt. Entsprechend ist der pauschale Ausschluss von Personen aufgrund einer psychiatrischen Diagnose oder einer Autismus-Spektrum-Störung von der medizinischen Behandlung einer Geschlechtsdysphorie potenziell diskriminierend, auch wenn im Einzelfall eine Kontraindikation vorliegen kann. Ein pauschaler Ausschluss von einer Behandlung aufgrund des Alters ist ebenfalls unzulässig. Ausschlaggebend sind vielmehr die medizinische Indikation im Einzelfall sowie die Urteilsfähigkeit und der autonome Wille der betroffenen Person. Grundsätzlich gilt, dass das Vorenthalten einer medizinisch indizierten und von der urteilsfähigen Person gewünschten Behandlung in der Grundversorgung ethisch und rechtlich unzulässig ist, wobei Fachpersonen eine Behandlung aus Wissensgründen ablehnen können, solange die Versorgung andernorts gewährleistet ist.

Eine weitere Zugangshürde können die Behandlungskosten darstellen. Grundsätzlich gilt in der Schweiz, dass medizinisch indizierte Behandlungen einer Geschlechtsinkongruenz von der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden. In der Praxis ist dies jedoch nicht immer problemlos der Fall, was einen administrativen Zusatzaufwand für die Betroffenen und die behandelnden Fachpersonen bedeutet. Lange Wartefristen können zudem dazu führen, dass die Betroffenen auf private Kliniken ausweichen, wenn sie in der Lage sind, die Behandlungen selbst zu bezahlen.

Durch all die genannten Zugangshürden ergeben sich auf verschiedenen Ebenen Ungleichheiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung, welche aus Sicht der Gerechtigkeit problematisch sind, wenn sie nicht durch legitime Gründe wie etwa klare Kontraindikationen gerechtfertigt werden können.

Das Prinzip der Gerechtigkeit erfordert neben der Gewährleistung diskriminierungsfreier Zugangsgerechtigkeit zu medizinischen Leistungen auch die Berücksichtigung legitimer Interessen Dritter. Dies betrifft insbesondere die Interessen der engsten Bezugspersonen. Auch wenn diesen rechtlich kein Mitbestimmungsrecht zukommt, ist ihren Fragen, Ängsten und Befürchtungen angemessen zu begegnen. Angehörige sollten deshalb Zugang zu geeigneten Informations- und Unterstützungsangeboten erhalten und wenn immer möglich eng in den Entscheidungsprozess eingebunden werden.

4. Fazit und Empfehlungen

Die vorangegangenen Ausführungen machen deutlich, dass der Medizin zwar eine wichtige, aber auch eine begrenzte Rolle bei der Behandlung von (minderjährigen) Personen mit einer Geschlechtsdysphorie zukommt. Während Körperdysphorien* oftmals erfolgreich medizinisch behandelt werden können, ist dem Wunsch nach Anerkennung und Akzeptanz in der erlebten Geschlechtsidentität nicht (alleine) mit medizinischen Mitteln zu begegnen. Hier spielen tief verankerte gesellschaftliche Normen und Erwartungen an das Aussehen und Auftreten von Personen eines bestimmten Geschlechts eine gewichtige Rolle. In der Vergangenheit hat dies dazu geführt, dass die medizinische Behandlung von Personen mit einer Geschlechtsinkongruenz meist darauf abzielte, eine möglichst «perfekte» medizinische Transition zu erreichen, also eine von aussen nicht mehr erkennbare Anpassung an das neue (binäre) Geschlecht (Nieder et al. 2020; Brierley et al. 2024). Diese Zielsetzung richtete sich überwiegend nach den Bedürfnissen der Gesellschaft und weniger, oder nur indirekt, nach den Bedürfnissen der hilfesuchenden Personen. Doch auch wenn die Behandlungsoptionen heute vielfältiger sind, ist der Konformitätsdruck weiterhin wirksam: Je stärker die gesellschaftliche Akzeptanz der individuellen Geschlechtsidentität an ein binär codiertes, geschlechtskonformes Aussehen gebunden ist, desto grösser ist der Druck für die betroffenen Personen, körpermodifizierende Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Daraus folgt auch, dass das Leiden von Menschen mit einer Geschlechtsdysphorie nicht nur ein Leiden am eigenen Körper darstellt, sondern auch als Leiden an einer Gesellschaftsordnung verstanden werden muss, in welcher die Zuschreibung zu einem Geschlecht primär auf der Basis physischer Geschlechtsmerkmale erfolgt und welche ein Abweichen von den damit einhergehenden Erwartungen nach wie vor stark sanktioniert (Miller & Grollman 2015). Neben der Medizin und dem unmittelbaren sozialen Umfeld der betroffenen Personen ist deshalb aus der Perspektive der Ethik die Gesellschaft als Ganze gefordert, die etablierten Geschlechtervor-

stellungen kritisch zu reflektieren und das Leiden geschlechtsdysphorischer Personen nicht durch soziale Abwertung und Ausgrenzung aufgrund stereotyper Vorstellungen von Geschlecht, übermässigem Konformitätsdruck sowie öffentlicher Skandalisierung und Stigmatisierung zu vergrössern. Die NEK sieht aus diesem Grund einen Handlungsbedarf nicht nur im Bereich der medizinischen Betreuung, Behandlung und Forschung, sondern auch bei den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

1) Medizinische Betreuung und Behandlung

a) Der Zugang zu einer qualitativ hochstehenden, interdisziplinären Betreuung und Beratung muss gewährleistet sein

Der Zugang zu einer umfassenden, fachlich kompetenten und diskriminierungsfreien medizinischen Betreuung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie und ihren Angehörigen muss gewährleistet sein. Voraussetzung für die Sicherstellung einer hohen Qualität in der Beratung, Begleitung und Behandlung ist die adäquate Schulung und regelmässige Weiterbildung aller involvierter Fachpersonen sowie eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachdisziplinen (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie, Endokrinologie, Gynäkologie, Chirurgie etc.). Die aktuellen Richtlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften sind dabei zu berücksichtigen.

b) Behandlungsentscheidungen haben auf Basis der individuellen Indikation zu erfolgen

Sämtliche Behandlungsentscheidungen sollten auf Basis der individuellen Indikation und unter Berücksichtigung der spezifischen Lebenssituation der betroffenen Person getroffen werden. Der pauschale Ausschluss von Personen mit einer psychiatrischen Diagnose oder einer Autismus-Spektrum-Störung von körpermodifizierenden Behandlungen ist diskriminierend, sofern im Einzelfall keine absolute Kontra-

indikation vorliegt. Das Vorenthalten einer medizinisch indizierten und von der urteilsfähigen Person gewünschten Behandlung ist in der Grundversorgung ethisch unzulässig.

c) Keine stellvertretende Einwilligung bei irreversiblen körpermodifizierenden Behandlungen

Körpermodifizierende Behandlungen mit irreversiblen Folgen (d.h. geschlechtsangleichende Hormontherapien und chirurgische Eingriffe) sind nur zulässig, wenn die minderjährige Person in Bezug auf die vorzunehmende Intervention urteilsfähig ist und ihre informierte Zustimmung gegeben hat. Eine stellvertretende Entscheidung bei Urteilsunfähigkeit ist aufgrund der höchstpersönlichen Natur solcher Entscheidungen bei Minderjährigen wie auch bei Erwachsenen ausgeschlossen. Ist die betroffene Person noch nicht urteilsfähig, sollte eine psychosoziale Betreuung und Begleitung angeboten werden, welche geeignet ist, die Selbstbestimmung der betroffenen Person über ihre geschlechtliche Identität zu stärken, mit dem Ziel, die Urteilsfähigkeit zu erreichen. Bei *reversiblen Behandlungen* ist ein stellvertretender Entscheid prinzipiell möglich, jedoch nur bis zum Erreichen der Urteilsfähigkeit der minderjährigen Person. Der Einsatz einer Pubertätsblockade ist somit auch bei noch nicht erreichter Urteilsfähigkeit der minderjährigen Person möglich, sofern eine entsprechende Indikation vorliegt, die betroffene Person diese wünscht und die sorgeberechtigten Personen zugestimmt haben.

d) Der Entscheidungsprozess ist ergebnisoffen und partizipativ auszugestalten (*Shared Decision Making*)

Ist die minderjährige Person urteilsfähig, ist sie alleine berechtigt, medizinischen Massnahmen zuzustimmen oder diese abzulehnen. Den Eltern kommt rechtlich keine Mitbestimmung zu. Dennoch ist es in den meisten Fällen aus therapeutischer Sicht sinnvoll, die sorgeberechtigten Personen eng in die Entscheidungsfindung mit einzubinden, mit dem Ziel, einen Konsensentscheid zu erzielen. Das Aufzeigen verschiedener Handlungsoptionen medizinischer und nichtmedizinischer Art im Beratungsprozess ist zentral, um einen ergebnisoffenen Entscheidungsprozess

zu ermöglichen. Dabei sollten sich die vorgeschlagenen Massnahmen an der individuellen Situation der hilfeschenden Person ausrichten und in einem partizipativen Prozess gemeinsam mit den behandelnden Fachpersonen festgelegt werden (*Shared Decision Making*). Das Partizipationsrecht der Betroffenen in diesem Prozess ist weder an ihr Alter noch an die Urteilsfähigkeit gebunden und menschenrechtlich geschützt.

e) Die Pathologisierung der Betroffenen ist zu vermeiden

Die Vergabe einer Diagnose stellt zwangsläufig eine gewisse Pathologisierung der Betroffenen dar. Gleichzeitig ist sie im Gesundheitssystem der Schweiz notwendig, um den Zugang zu medizinischen Dienstleistungen sowie eine allfällige Kostenübernahme durch die Krankenkassen sicherzustellen. Während eine psychiatrische Beratung und Begleitung hilfreich sein kann, ist eine Verpflichtung zur Psychotherapie als Voraussetzung für eine somatomedizinische Behandlung ethisch unzulässig und ohne vorliegende psychiatrische Indikation medizinisch nicht sinnvoll. Mit der Einführung der ICD-11 ist die Geschlechtsinkongruenz zudem nicht mehr als psychische Störung gelistet, was als wichtiger Schritt in Richtung Entstigmatisierung gewertet werden kann.

Bei präpubertären Kindern, welche über eine allfällige psychosoziale Begleitung hinaus keine weiteren medizinischen Interventionen benötigen, kann der Nutzen einer eigenen Diagnose (ICD-11: HA61) kritisch hinterfragt und als unnötige Pathologisierung geschlechtlicher Vielfalt kritisiert werden.

f) Bei Bedarf sollten institutionelle Gefässe der klinischen Ethikberatung zur Unterstützung der Entscheidungsfindung genutzt werden

Die Entscheidungen zur medizinischen Behandlung rund um die Transition minderjähriger Personen erfolgen in der Regel an klinischen Zentren. Viele davon besitzen Strukturen der klinischen Ethikberatung, die zum Ziel haben, ethisch komplexe Entscheidungsprozesse zu unterstützen. Diese Angebote sollten bei Bedarf genutzt werden, da sich durch die externe Per-

spektive und die strukturierte ethische Deliberation in vielen Fällen eine Annäherung der Positionen aller Beteiligten ergeben kann, was dazu beiträgt, ethisch verantwortliche und langfristig tragfähige Entscheidungen zu ermöglichen.

2) Wissenschaftliche Evidenz und Forschung

a) Bestehende Forschungslücken sollten identifiziert und geschlossen werden

Die aktuelle Datenlage im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie ist in verschiedenen Bereichen unzureichend. Insbesondere bezüglich möglicher Langzeitfolgen bestehen Forschungslücken. Darüber hinaus sind robustere Forschungsdesigns notwendig, um die Qualität der verfügbaren Daten zur Wirksamkeit der verschiedenen Behandlungsoptionen und damit auch der individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung zu verbessern. Die Anforderungen, die dabei an die Qualität der Evidenzgrundlage gestellt werden, sollte jedoch nicht höher sein also für vergleichbare Interventionen, bei welchen randomisierte Doppelblindstudien ebenfalls nicht möglich oder nicht vertretbar sind.

Für die Behandlungsentscheidung von grosser Relevanz ist die Einschätzung darüber, ob es sich beim Auftreten einer Geschlechtsdysphorie im Jugendalter um eine Symptomatik handelt, die voraussichtlich bis ins Erwachsenenalter anhält oder ob diese nur vorübergehend auftritt. Zukünftige Forschungsprojekte sollten deshalb gezielt die für die Behandlungspraxis besonders relevanten Fragen der Prädiktoren einer persistierenden Geschlechtsinkongruenz, der Auswirkungen der Hormontherapie auf die Fruchtbarkeit und die Knochengesundheit sowie Massnahmen zur Risikominimierung untersuchen.

b) Das Vorsorgeprinzip rechtfertigt keinen prinzipiellen Behandlungsverzicht

Das Wissen um die irreversiblen Folgen einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung legt insgesamt eine zurückhaltende Behandlungspraxis sowie eine sorgfältige Überwachung der erzielten Wirkung

und der auftretenden Nebenwirkungen nahe. Ohne konkrete Hinweise auf bisher unbekannte, gravierende Langzeitschäden und angesichts der vielversprechenden Ergebnisse der aktuellen Behandlungspraxis mit Bezug auf die psychische Gesundheit, lässt sich jedoch ein pauschaler Behandlungsverzicht auf der Grundlage der aktuell verfügbaren Evidenz nicht rechtfertigen. Grundlage für eine Behandlung ist die individuelle Indikation, welche eine umfassende Nutzen-Risiko-Abwägung im Einzelfall beinhalten muss. Neue wissenschaftliche Evidenz ist dabei angemessen zu berücksichtigen. Im Rahmen der Patient:innenaufklärung muss zudem transparent kommuniziert werden, in welchen Bereichen noch Unsicherheiten bezüglich der Wirkung oder möglicher Nebenwirkungen der angestrebten Behandlung bestehen.

c) Soziale Faktoren sind bei Untersuchungen zur Wirksamkeit einer Behandlung systematisch mitzuberücksichtigen

Die Erfolgsaussichten der medizinischen Behandlung einer minderjährigen Person mit einer Geschlechtsdysphorie hängen nachweislich nicht nur vom Behandlungsprotokoll selbst, sondern auch von der sozialen Unterstützung der sich in Behandlung befindenden Person ab. Aufgrund dieser engen Interaktion ist es empfehlenswert, bei Untersuchungen zur Wirksamkeit bestimmter Behandlungsmethoden im Kontext einer Geschlechtsdysphorie Unterschiede in der sozialen Unterstützung sowie Diskriminierungserfahrungen bei der Analyse der Daten systematisch mitzuberücksichtigen.

3) Gesellschaftlicher Kontext

Die Komplexität der Frage nach den Ursachen und den psychischen Folgen einer Geschlechtsinkongruenz lässt sich nur im Kontext der gesellschaftlichen Normen bezüglich geschlechtskonformen Aussehens und Verhaltens verstehen und diskutieren. Das Gewicht, das diesen Normen in Form von Rollenzuschreibungen und -erwartungen zukommt, sollte deshalb in der Debatte um die medizinische Behandlung von minderjährigen Personen mit einer Geschlechtsdysphorie nicht vernachlässigt werden. Eine Überwindung gesellschaftlicher Geschlechterstereotypen und

eng definierter Geschlechterrollen könnte massgeblich dazu beitragen, den Leidensdruck der Betroffenen zu verringern. Dabei sind insbesondere folgende Zusammenhänge zu berücksichtigen:

a) Geschlecht ist als Spektrum mit diversen Ausprägungen aufzufassen

Eine strikt binäre Konzeptualisierung von Geschlecht führt zu einer ungerechtfertigten Einengung der Handlungs- und Behandlungsoptionen geschlechtsdiverser Personen. Eine alternative Konzeptualisierung von Geschlecht als Spektrum bildet nicht nur die empfundene Realität zahlreicher Menschen besser ab, sie ist auch geeignet, den Konformitätsdruck und die damit verbundenen Risiken für die psychische Gesundheit von Personen zu reduzieren, welche die binären Rollenerwartungen nicht erfüllen.

b) Die gesellschaftliche Anerkennung einer spezifischen Geschlechtsidentität sollte von körpermodifizierenden Behandlungen entkoppelt werden

Je stärker die gesellschaftliche Akzeptanz der individuellen Geschlechtsidentität an ein geschlechtskonformes Aussehen gebunden ist, desto grösser ist der Druck für betroffene Personen, körpermodifizierende Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Dies ist aus ethischer Sicht problematisch: Niemand sollte sich körpermodifizierenden Eingriffen unterziehen müssen, um in seiner Persönlichkeit anerkannt zu werden.

c) Die öffentliche Skandalisierung des Themas schadet den betroffenen Personen und gefährdet eine evidenzbasierte medizinische Versorgung

Minderjährige Personen mit einer Geschlechtsdysphorie müssen nicht nur die persönlichen Herausforderungen ihrer Identitätsfindung bewältigen, sie befinden sich zugleich im Zentrum eines höchst polarisierten öffentlichen Diskurses. Ihre Identität, ihr Leiden und ihre privaten Entscheidungen werden täglich öffentlich verhandelt – nicht selten von Personen, die selbst weder über die nötigen Fachkompetenzen noch über entsprechende lebensweltliche Erfahrungen verfügen. Das gesellschaftliche Klima, das dadurch geschaffen wird, steht in eklatantem Widerspruch

zum besonderen Schutzanspruch, der diesen Personen aufgrund ihrer besonders verletzbaren Position zukommt und erschwert einen sachlichen und evidenzbasierten Diskurs über die erforderlichen gesellschaftlichen und medizinischen Rahmenbedingungen zur bestmöglichen Begleitung und Versorgung dieser Personen.

5. Literatur

- Anacker, C., Sydnor, E., Chen, B. K., LaGamma, C. C., McGowan, J. C., Mastrodonato, A., ... & Denny, C. A. (2021). Behavioral and neurobiological effects of GnRH agonist treatment in mice—potential implications for puberty suppression in transgender individuals. *Neuropsychopharmacology*, 46(5), 882–890.
- Arnoldussen, M., Hooijman, E. C., Kreukels, B. P., & de Vries, A. L. (2022). Association between pre-treatment IQ and educational achievement after gender-affirming treatment including puberty suppression in transgender adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*, 27(4), 1069–1076.
- Ashley, F. (2019). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical child psychology and psychiatry*, 24(2), 223–236.
- AWMF (2018). Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung, AWMF-Register-Nr. 138|001.
- AWMF (n.d.). Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung, S2k-Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 028|014. Noch nicht erschienen.
- AWMF (n.d.). S2k-Leitlinie Geschlechtsangleichende chirurgische Massnahmen bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie, AWMF-Register-Nr. 043|052. Noch nicht erschienen.
- Ayhan, C. H. B., Bilgin, H., Uluman, O. T., Sukut, O., Yilmaz, S., & Buzlu, S. (2020). A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in health care settings. *International Journal of Health Services*, 50(1), 44–61.
- Başar, K., Öz, G., & Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *The journal of sexual medicine*, 13(7), 1133–1141.
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC public health*, 15, 1–15.
- Beauchamp, T., Childress, J. (2019). *Principles of biomedical ethics*. 8th Edition. Oxford University Press: Oxford.
- Bergström, I., Freyschuss, B., Jacobsson, H., & Landgren, B. M. (2005). The effect of physical training on bone mineral density in women with endometriosis treated with GnRH analogs: a pilot study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 84(4), 380–383.
- Bockting, W.O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: from gender dichotomy to gender identity. *Sexologies*, 17, 211–224.
- Brierley, J., Larcher, V., Hadjipanayis, A. A., & Grossman, Z. (2024). European Academy of Paediatrics statement on the clinical management of children and adolescents with gender dysphoria. *Frontiers in Pediatrics*, 12, 1298884.

- Brinkman, B. G., Rabenstein, K. L., Rosén, L. A., & Zimmerman, T. S. (2014). Children's gender identity development: The dynamic negotiation process between conformity and authenticity. *Youth & Society*, 46(6), 835–852.
- Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaro, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Kim, E. A., ... & Manrique, O. J. (2021). Regret after gender-affirmation surgery: a systematic review and meta-analysis of prevalence. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 9(3), e3477.
- Campbell, T., Mann, S., Rodgers, Y. V. D. M., & Tran, N. (2023). Family Matters: Gender Affirmation and the Mental Health of Transgender Youth. Available at SSRN 4503648.
- Chen, D., Strang, J. F., Kolbuck, V. D., Rosenthal, S. M., Wallen, K., Waber, D. P., ... & Garofalo, R. (2020). Consensus parameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in transgender youth. *Transgender health*, 5(4), 246–257.
- Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A., & Hotaling, J. M. (2019). Fertility concerns of the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 209.
- Ciancia, S., Dubois, V., & Cools, M. (2022). Impact of gender-affirming treatment on bone health in transgender and gender diverse youth. *Endocrine Connections*, 11(11).
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender identity disorders. In: Gillberg, C. (Ed.), *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 695–725.
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International journal of transgender health*, 23(sup1), S1–S259.
- Cuzzolin, L., Zaccaron, A., & Fanos, V. (2003). Unlicensed and off-label uses of drugs in paediatrics: a review of the literature. *Fundamental & clinical pharmacology*, 17(1)f, 125–131.
- Davey, A., Bouman, W. P., Arcelus, J., & Meyer, C. (2014). Social support and psychological well-being in gender dysphoria: A comparison of patients with matched controls. *The journal of sexual medicine*, 11(12), 2976–2985.
- De Lara, D. L., Rodríguez, O. P., Flores, I. C., Masa, J. L. P., Campos-Muñoz, L., Hernández, M. C., & Amador, J. T. R. (2020). Psychosocial assessment in transgender adolescents. *Anales de Pediatría* (English Edition), 93(1), 41–48.
- De Vries, A. L., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696–704.
- De Vries, A. L., Noens, I. L., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(8), 930–936.
- DiDonato, M. D., & Berenbaum, S. A. (2013). Predictors and consequences of gender typicality: The mediating role of communality. *Archives of Sexual Behavior*, 42(3), 429–436.

- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 297–304.
- Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 116–123.
- Egan, S. K., & Perry, D. G. (2001). Gender identity: a multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Developmental psychology*, 37(4), 451.
- Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLoS One*, 12(8), e0183014.
- Feil, K. (2023). Fertilität, Kontrazeption und Fertilitätsprotektion bei Transpersonen. *Dtsch Arztebl Int*, 120, 243–50.
- Fuss, J., Auer, M. K., & Briken, P. (2015). Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research. *Current opinion in psychiatry*, 28(6), 430–434.
- Garcia Nuñez, D., Frigerio, G., Perler, L. D., Jäggi, T., Schönbucher, V., & von Känel, R. (2024). Quality of life and associated factors in Swiss trans people: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1233625.
- GATE (2013). Critique and Alternative Proposal to the “Gender Incongruence of Childhood” Category in ICD-11. GATE Civil Society Expert Working Group, Buenos Aires, April 4–6.
- Green, A. E., DeChants, J. P., Price, M. N., & Davis, C. K. (2022). Association of gender-affirming hormone therapy with depression, thoughts of suicide, and attempted suicide among transgender and nonbinary youth. *Journal of adolescent health*, 70(4), 643–649.
- Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A., & Russell, S. T. (2021). Parental responses to transgender and gender nonconforming youth: Associations with parent support, parental abuse, and youths’ psychological adjustment. *Journal of Homosexuality*, 68(8), 1260–1277.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V. & T’Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903.
- Hisle-Gorman, E., Landis, C. A., Susi, A., Schvey, N. A., Gorman, G. H., Nylund, C. M., & Klein, D. A. (2019). Gender dysphoria in children with autism spectrum disorder. *LGBT health*, 6(3), 95–100.
- Howell, J. D., & Maguire, R. (2023). Factors associated with experiences of gender-affirming health care: A systematic review. *Transgender Health*, 8(1), 22–44.
- Javier, C., Crimston, C. R., & Barlow, F. K. (2022). Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review. *International Journal of Transgender Health*, 23(3), 255–273.

- Jewell, J. A., & Brown, C. S. (2014). Relations among gender typicality, peer relations, and mental health during early adolescence. *Social Development*, 23(1), 137–156.
- Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of sexual behavior*, 39, 1429–1437.
- Kallitsounaki, A., Williams, D. M., & Lind, S. E. (2021). Links between autistic traits, feelings of gender dysphoria, and mentalising ability: replication and extension of previous findings from the general population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 1458–1465.
- Kallitsounaki, A., & Williams, D. M. (2023). Autism spectrum disorder and gender dysphoria/incongruence. A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(8), 3103–3117.
- Kimland, E., & Odland, V. (2012). Off-label drug use in pediatric patients. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 91(5), 796–801.
- Kornienko, O., Santos, C. E., Martin, C. L., & Granger, K. L. (2016). Peer influence on gender identity development in adolescence. *Developmental psychology*, 52(10), 1578.
- Krüger, P., Pfister, A., Eder, M., & Mikolasek, M. (2023). *Gesundheit von LGBT-Personen in der Schweiz*. Nomos.
- Leibowitz, S., Green, J., Massey, R., Boleware, A. M., Ehrensaft, D., Francis, W., ... & WPATH, USPATH, and EPATH Executive Committee and Board of Directors. (2020). Statement in response to calls for banning evidence-based supportive health interventions for transgender and gender diverse youth. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 111–112.
- Lühnen, J., Albrecht, M., Hanssen, K., Hildebrandt, J., & Steckelberg, A. (2015). Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation: Einblick in die Methodik der Entwicklung und Implementierung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109(2), 159–165.
- Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Zepf, F. D., & Lin, A. (2017). Puberty suppression in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(10), 816–826.
- Medico, D., Pullen Sansfacon, A., Zufferey, A., Galantino, G., Bosom, M., & Suerich-Gulick, F. (2020). Pathways to gender affirmation in trans youth: A qualitative and participative study with youth and their parents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(4), 1002–1014.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674.
- Michaud, L., Stiefel, F., Jox, R., J., Pamfile, D., Brovelli, S., Pécoud, P., Plessen, K., J., Harari, M., M. (2024). Transidentités : pertinence de l'implication des psychiatres. *Rev Med Suisse*, 20(872), 894–898.
- Miller, L. R. and Grollman, E. A. (2015), The Social Costs of Gender Nonconformity for Transgender Adults: Implications for Discrimination and Health. *Sociological Forum*, 30: 809–831.

- Money, J. (1975). Ablatio penis: normal male infant sex-reassigned as a girl. *Archives of sexual behavior*, 4(1), 65–71.
- Moravek, M. B., Kinnear, H. M., George, J., Batchelor, J., Shikanov, A., Padmanabhan, V., & Randolph, J. F. (2020). Impact of exogenous testosterone on reproduction in transgender men. *Endocrinology*, 161(3), bqaa014.
- Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (2020). Die amtliche Registrierung des Geschlechts. Ethische Erwägung zum Umgang mit dem Geschlechtseintrag im Personenstandsregister. Stellungnahme Nr. 36/2020, Bern: Eigenpublikation.
- Nieder, T. O., Elaut, E., Richards, C., & Dekker, A. (2016). Sexual orientation of trans adults is not linked to outcome of transition-related health care, but worth asking. *Int Rev Psychiatry*, 28(1), 103–11.
- Nieder, T. O., Eyssel, J., & Köhler, A. (2020). Being trans without medical transition: Exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender-affirmative medical interventions. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 2661–2672.
- Nieder, T. O., Mayer, T. K., Hinz, S., Fahrenkrug, S., Herrmann, L., & Becker-Hebly, I. (2021). Individual treatment progress predicts satisfaction with transition-related care for youth with gender dysphoria: a prospective clinical cohort study. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(3), 632–645.
- Nieder, T. O., & Strauss, B. (2019). S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32(02), 70–79.
- Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 199–220.
- Olson, J., Forbes, C., & Belzer, M. (2011). Management of the transgender adolescent. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 165(2), 171–176.
- Olson, J., Schrager, S. M., Belzer, M., Simons, L. K., & Clark, L. F. (2015). Baseline Physiologic and Psychosocial Characteristics of Transgender Youth Seeking Care for Gender Dysphoria. *Journal of adolescent health*, 57(4), 374–380.
- Panagiotakopoulos, L., Chulani, V., Koyama, A., Childress, K., Forcier, M., Grimsby, G., & Greenberg, K. (2020). The effect of early puberty suppression on treatment options and outcomes in transgender patients. *Nature Reviews Urology*, 17(11), 626–636.
- Pauli, D. (2017). Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen. *PSYCH up2date*, 11(06), 529–543.
- Pauli, D. (2019). Nicht-binäre Geschlechtsorientierung bei Kindern und Jugendlichen: Eine Herausforderung für die Betroffenen, das Umfeld und die Behandelnden. *Kinderanalyse*, 27(1), 53–64.
- Pauli, D. (2023). *Die anderen Geschlechter: Nicht-Binarität und (ganz) trans* normale Sachen*. München: CH Beck.

- Peitzmeier, S. M., Silberholz, J., Gardner, I. H., Weinand, J., & Acevedo, K. (2021). Time to first onset of chest binding–related symptoms in transgender youth. *Pediatrics*, 147(3).
- Perry, D. G., Pauletti, R. E., & Cooper, P. J. (2019). Gender identity in childhood: A review of the literature. *International Journal of Behavioral Development*, 43(4), 289–304.
- Peter, C. & Tuch, A. (2024). Suizidales Erleben und Verhalten – In der Bevölkerung der Schweiz 2022 (Obsan Bulletin 08/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pfister, A., & Mikolasek, M. (2019). *Suizidversuche von LGBT-Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Einschätzung der Machbarkeit einer qualitativen Untersuchung in der Schweiz*. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Puckett, J. A., Tornello, S., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2022). Gender variations, generational effects, and mental health of transgender people in relation to timing and status of gender identity milestones. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 9(2), 165.
- Ren, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., & Eisenberg, M. E. (2018). Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: A population-based study. *Pediatrics*, 141(3).
- Ren, T., Galenchik-Chan, A., Erlichman, Z., & Krajewski, A. (2024). Prevalence of Regret in Gender-Affirming Surgery: A Systematic Review. *Annals of Plastic Surgery*, 92(5), 597–602.
- Rew, L., Young, C. C., Monge, M., & Bogucka, R. (2021). Puberty blockers for transgender and gender diverse youth – a critical review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 3–14.
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13–20.
- Roy, M., & Strate, P. (2023). Autism spectrum disorders in adulthood – symptoms, diagnosis, and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 120(6), 87.
- Ruble, D.N., Taylor, L.J., Cyphers, L., Greulich, F.K., Lurye, L.E. and Shrout, P.E. (2007). The Role of Gender Constancy in Early Gender Development. *Child Development*, 78, 1121–1136.
- Rütsche, B. (2024). Zwischen Rationalität und Werturteil: Begriff und Methodik der Interessenabwägung. Schweizerischer Juristentag 2024, ZSR 143 II 5–99, S. 75 f.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2016). Autonomie und Beziehung. Selbstbestimmung braucht das Gegenüber, Bericht zur Tagung vom 7. Juli 2016 des Veranstaltungszyklus «Autonomie in der Medizin». *Swiss Academies Communications*, 11 (12).
- Simons, L., Schrager, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of adolescent health*, 53(6), 791–793.

SKMR (2020). Kinderrechte in der Schweiz: Die Umsetzung des Partizipationsrechts des Kindes nach Art. 12 UN-Kinderrechtskonvention. Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte. URL: <https://skmr.ch/publikationen-dokumentationen/studien-gutachten/kinderrechte-in-der-schweiz> (20.06.2024).

Skordis, N., Kyriakou, A., Dror, S., Mushailov, A., & Nicolaides, N. C. (2020). Gender dysphoria in children and adolescents: an overview. *Hormones*, 19(3), 267–276.

Sotomo (2021). Geschlechtergerechter: Studie #1 Geschlecht und Identität.

Staphorsius, A. S., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., Veltman, D. J., Burke, S. M., Schagen, S. E., ... & Bakker, J. (2015). Puberty suppression and executive functioning: an fMRI-study in adolescents with gender dysphoria. *Psychoneuroendocrinology*, 56, 190–199.

Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and behavior*, 64(2), 288–297.

Sun, C. F., Xie, H., Metsutnan, V., Draeger, J. H., Lin, Y., Hankey, M. S., & Kablinger, A. S. (2023). The mean age of gender dysphoria diagnosis is decreasing. *General psychiatry*, 36(3).

Surace, T., Fusar-Poli, L., Voza, L., Cavone, V., Arcidiacono, C., Mammano, R., ... & Aguglia, E. (2021). Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 1147–1161.

Tate, C. C., Bettergarcia, J. N., & Brent, L. M. (2015). Re-assessing the role of gender-related cognitions for self-esteem: The importance of gender typicality for cisgender adults. *Sex Roles*, 72(5–6), 221–236.

Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Heathcote, C., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024a). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109, 33–47.

Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024b). Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109, 48–56.

Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA network open*, 5(2), e220978–e220978.

Trautner, H. M., Gervai, J., & Németh, R. (2003). Appearance-reality distinction and development of gender constancy understanding in children. *International Journal of Behavioral Development*, 27(3), 275–283.

Turban, J. L., King, D., Li, J. J., & Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of social transition for transgender and gender diverse youth, K-12 harassment, and adult mental health outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 69(6), 991–998.

Turner, D., Briken, P., & Nieder, T. O. (2020). Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. *PSYCH up2date*, 14(04), 347–363.

Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: a follow-up study. *Journal of sex & marital therapy*, 44(2), 138–148.

Wallien, M. S., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423.

Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J., Klaver, M., de Vries, A. L., Wensing-Kruger, S. A., ... & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *The journal of sexual medicine*, 15(4), 582–590.

Wiesemann, C. (2020). Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Medizinethische Grundsätze für individuelle Behandlungsentscheidungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(6), 517–523.

Yunger, J. L., Carver, P. R., & Perry, D. G. (2004). Does gender identity influence children's psychological well-being? *Developmental psychology*, 40(4), 572.

Zentner, M., & von Aufsess, C. (2020). Is being gender nonconforming distressing? It depends where you live: gender equality across 15 nations predicts how much gender nonconformity is related to self-esteem. *Psychological medicine*, 52(10), 1857–1865.

Zitelny, H., Dror, T., Altman, S., & Bar-Anan, Y. (2021). The relation between gender identity and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 48(4), 495–515.

Internetquellen

PES (2020). Transgender Health - An Endocrine Society Position Statement. URL: <https://www.endocrine.org/advocacy/position-statements/transgender-health> (16.08.2024).

WHO (2022). WHO/Europe brief – transgender health in the context of ICD-11. URL: <https://who-sandbox.squiz.cloud/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions/whoeurope-brief-transgender-health-in-the-context-of-icd-11> (16.08.2024).

6. Glossar

Zuweisungsgeschlecht

Das Geschlecht, das einer Person – meist aufgrund äusserlicher Geschlechtsmerkmale – bei der Geburt zugewiesen wurde. Dieses wird in der Geburtsurkunde festgehalten und gilt damit als amtliches Geschlecht.

Geschlechtsmerkmale

Zu den biologischen Geschlechtsmerkmalen zählen die genetische Ausstattung mit Geschlechtschromosomen (z.B. XY, XX, XXY, X0), die primären Geschlechtsorgane (z.B. Hoden, Penis, Uterus, Vagina), die sekundären Geschlechtsmerkmale (z.B. Brüste, Gesichtsbehaarung, Adamsapfel) sowie der Hormonstatus einer Person.

Geschlechtsidentität

Subjektive Identifikation einer Person mit einem bestimmten Geschlecht (z.B. männlich, weiblich, nichtbinär).

Geschlechtsausdruck

Kleidung, Frisur, Styling (z.B. Makeup), Mimik, Gestik und Sozialverhalten unterliegen oftmals einer geschlechtlichen Codierung in «typisch weiblich» und «typisch männlich». Der Geschlechtsausdruck beschreibt, wie sich eine Person innerhalb dieser Codierung nach aussen hin präsentiert. Der Geschlechtsausdruck kann, muss sich aber nicht mit der Geschlechtsidentität einer Person decken. Er kann konstant oder variabel, eindeutig, mehrdeutig oder genderneutral sein.

geschlechtskonformes oder nonkonformes Verhalten

Als geschlechtskonform wird ein Geschlechtsausdruck verstanden, der mit den gesellschaftlichen Erwartungen an ein bestimmtes Geschlecht übereinstimmt. Weicht der Geschlechtsausdruck davon ab, spricht man von geschlechts-nonkonformem (oder gendernonkonformem) Verhalten. Was als konform oder nonkonform gilt, ist kulturell unterschiedlich und kann sich über die Zeit verändern.

geschlechtsvariant

Als geschlechtsvariant werden Personen bezeichnet, die in ihrem Geschlechtsausdruck und Verhalten nicht den gesellschaftlichen Erwartungen an das Zuweisungsgeschlecht entsprechen. Diese Personen können trans, genderfluid oder nichtbinär, aber auch cisgeschlechtlich sein. Geschlechtsvariantes Verhalten alleine ist kein zuverlässiger Indikator für eine Transgeschlechtlichkeit (siehe: Geschlechtsausdruck).

Geschlechtstypizität

Geschlechtstypizität bezeichnet in der Psychologie die Wahrnehmung einer Person, ein typisches Mitglied seines Zuweisungsgeschlechts zu sein, d.h. über Fähigkeiten und Interessen zu verfügen, die denjenigen von Gleichaltrigen desselben Zuweisungsgeschlechts ähnlich sind.

Geschlechtsinkongruenz

Eine Geschlechtsinkongruenz liegt vor, wenn das Zuweisungsgeschlecht nicht mit der Geschlechtsidentität der Person übereinstimmt.

Geschlechtsdysphorie

Eine Geschlechtsdysphorie (auch Genderdysphorie) bezeichnet den Leidensdruck, der durch die Nichtübereinstimmung (Inkongruenz) zwischen dem Zuweisungsgeschlecht und der Geschlechtsidentität einer Person ausgelöst werden kann. Das Leiden kann sich sowohl auf körperliche Merkmale als auch auf die Aussenwahrnehmung und die gesellschaftlichen Erwartungen an geschlechtskonformes Verhalten gemäss Zuweisungsgeschlecht beziehen.

Körperdysphorie

Im Kontext einer Geschlechtsdysphorie bezeichnet eine Körperdysphorie den Leidensdruck, der durch das Erleben einer Nichtübereinstimmung (Inkongruenz) von körperlichen Merkmalen und der subjektiv empfundenen Geschlechtsidentität verursacht werden kann.

cis, cisgender, cisgeschlechtlich

Als cis oder cisgender werden Personen bezeichnet, die sich mit dem Geschlecht identifizieren, das ihnen bei Geburt zugewiesen wurde (Gegenteil: transgender).

trans, trans*, transident, transgender

Als trans, transident oder transgender werden Personen bezeichnet, welche sich nicht, oder nicht vollständig, mit dem Geschlecht identifizieren, das ihnen bei Geburt zugewiesen wurde. Die Schreibweise trans* (mit Sternchen) wird verwendet um zu verdeutlichen, dass nichtbinäre Identitäten ebenfalls mit eingeschlossen sind. Nicht alle nichtbinären Personen bezeichnen sich jedoch selbst als trans* (Gegenteil: cisgender).

transmaskulin/transfeminin

Als transmaskulin werden trans Personen bezeichnet, welche sich auf dem männlichen Spektrum verorten. Als transfeminin werden trans Personen bezeichnet, welche sich auf dem weiblichen Spektrum verorten.

nichtbinär/non-binär

Als nichtbinär oder non-binär werden Personen bezeichnet, welche sich nicht, nicht ausschliesslich oder nicht vollständig, mit einer der beiden binären Geschlechterkategorien «männlich» oder «weiblich» identifizieren.

Transition

Als Transition wird der Übergang von einem Geschlecht in ein anderes bezeichnet. Es wird unterschieden zwischen sozialer Transition (z.B. Änderung des Geschlechtsausdrucks, des Vornamens oder des amtlichen Geschlechtseintrags) und medizinischer Transition (körpermodifizierende Massnahmen, z.B. durch die Einnahme von Hormonen oder chirurgische Eingriffe).

«Persister»/«Desister»

Als «Persister» werden Personen bezeichnet, deren Geschlechtsinkongruenz über die Kindheit hinaus auch in der Pubertät, resp. im Erwachsenenalter bestehen bleibt. Bei «Desistern» ist dies nicht der Fall: Die Geschlechtsinkongruenz verschwindet entweder im Laufe der Kindheit oder bei Eintritt der Pubertät.

«Passing»

Passing ist ein aus dem Englischen übernommener Begriff, der bedeutet, dass eine Person von ihren Mitmenschen als das Geschlecht wahrgenommen wird, als das sie sich fühlt. In binären Kategorien bedeutet das, dass sie als Frau oder Mann «durchgeht» und auch so angesprochen wird.

«Coming-out»/«Outing»

Bei einem Coming-out (kurz für: coming out of the closet) informiert eine queere Person erstmals ihr privates Umfeld oder die Öffentlichkeit über ihre sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität. Dem äusseren Coming-out geht in der Regel ein inneres Coming-out voran, bei dem die Person sich selbst über ihre sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität klar wird, dies jedoch vorerst für sich behält. Als Outing wird zudem eine Situation beschrieben, in der Dritte die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität einer queeren Person ohne deren Zustimmung publik machen.

«Tomboy»

Ein Kind mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht, das in seinem Geschlechtsausdruck (Kleidung, Spielpräferenzen und/oder Sozialverhalten) den sozialen Erwartungen eines Jungen entspricht und deshalb häufig für einen Jungen gehalten wird.

Tanner Stadien

Die Tanner Stadien beschreiben die durch die Pubertät ausgelöste geschlechtliche Entwicklung in verschiedene Stadien. Tanner Stadium 1 beschreibt den präpubertären kindlichen Körper, während Tanner Stadium 5 die abgeschlossene körperliche Reifeentwicklung beschreibt.

Dieses Dokument wurde von der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin am 7. November 2024 einstimmig genehmigt.

Mitglieder der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin:

Präsident

Prof. Dr. theol. Markus Zimmermann

Vizepräsidentin

Prof. Dr. med. Samia Hurst-Majno

Mitglieder

PD Dr. Iren Bischofberger, Prof. Dr. phil. Christine Clavien,
Prof. Dr. iur. Stéphanie Dagron, Prof. Dr. med. Karin Fattinger,
Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox, Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Tanja Krones,
Prof. Dr. iur. Mélanie Levy, Dr. med. Roberto Malacrida,
Prof. Dr. theol. Frank Mathwig, Dr. phil. Simone Romagnoli,
Dr. med. Benno Röthlisberger, Prof. Dr. iur. Bernhard Rütsche

Grafik und Layout

Terminal8 GmbH, Monbijoustrasse 99, 3007 Bern, www.terminal8.ch

Geschäftsstelle

Dr. phil. Anna Zuber, Geschäftsleitung
Dr. phil. Elodie Malbois, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

**Nationale Ethikkommission
im Bereich der Humanmedizin
CH-3003 Bern
Tel. +41 58 469 77 64
info@nek-cne.admin.ch
www.nek-cne.admin.ch**

Diese Stellungnahme ist in deutscher, französischer und englischer Sprache erschienen. Die deutsche Fassung ist die Originalversion.

© 2024 Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin, Bern.
Abdruck unter Angabe der Quelle erwünscht.