

Transaffirmative medizinische Maßnahmen bei Minderjährigen als Verstoß gegen § 1631c BGB? – Eine kritische strafrechtliche Bewertung

Von Prof. Dr. Liane Wörner, LL.M. (UW-Mad.), Dr. Alexandra Windsberger, Konstanz, Prof. Dr. Veit Roessner, Dresden*

Immer mehr Minderjährige berichten über geschlechtsdysphorische Probleme und Wünsche nach transaffirmativen medizinischen Maßnahmen; etwa Anfragen zu Pubertätsblockern, gegengeschlechtlichen Hormonen und geschlechtsangleichenden Operationen nehmen zu. Diese Maßnahmen sind in Bezug auf Nutzen, Risiken und rechtlicher Zulässigkeit stark umstritten. So könnte das zivilrechtliche Sterilisationsverbot für Minderjährige (§ 1631c BGB) transaffirmativen medizinischen Maßnahmen entgegenstehen, wenn diese die Fortpflanzungsfähigkeit einschränken. An medizinische Indikation, Nutzen-Risiko-Abwägung, Einwilligungsfähigkeit und rechtliche Zulässigkeit sind daher hohe Anforderungen zu stellen – im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Kindeswohl. Die nachfolgenden Ausführungen verfolgen keinerlei transfeindliche Absicht. Im Gegenteil: Wir distanzieren uns ausdrücklich von jeder Form der Diskriminierung und begegnen jedem Menschen, der sich nicht mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht identifiziert, mit Respekt und Empathie. Unser besonderes Augenmerk gilt den Sorgen und Herausforderungen Minderjähriger mit Geschlechtsdysphorie, also einem tief empfundenen Leidensdruck, dass ihr bei Geburt zugewiesenes Geschlecht nicht mit ihrer subjektiv empfundenen Geschlechtsidentität übereinstimmt. Wir nehmen ihre Erfahrungen und Empfindungen sowie die Belastungen ihrer Familien in dieser oft sehr fordernden Lebenslage sehr ernst. Ziel ist es nicht, diese Erfahrungen und Empfindungen in irgendeiner Form in Frage zu stellen, sondern sachlich, differenziert und im Lichte der geltenden Rechtslage die komplexen medizinischen, ethischen und juristischen Fragen tiefgreifender Entscheidungen zu erörtern – insbesondere dann, wenn es sich um Eingriffe mit teilweise irreversiblen Folgen in einen körperlich gesunden Organismus von Minderjährigen handelt. Der kritischen Auseinandersetzung mit dem vielschichtigen Thema verpflichtet, hoffen wir, einen konstruktiven Beitrag zu einer respektvollen und informierten Debatte zu leisten. Sie muss die Grundlage für das – und das wird aus dem Text deutlich – zu setzende Recht

sein. An increasing number of minors are seeking transaffirmative medical interventions. This includes growing requests for puberty blockers, opposite-sex hormones, and gender reassignment surgery. These interventions are highly controversial in terms of their benefits, risks and legal permissibility. For example, the civil law ban on sterilization for minors (Section 1631c German Civil Code) could stand in the way of transaffirmative medical interventions if they restrict the ability to reproduce. This potential legal conflict, alongside other medical, ethical, and psychosocial considerations, is among the reasons why particularly high demands must be placed on medical indication, risk-benefit assessment, capacity to consent and legal admissibility – in the area of conflict between self-determination and the best interests of the child. Clearly speaking, transaffirmative medical interventions affect the long-term reproductive interests of minors, who therefore deserve to be protected by a prohibition on consent (meaning that even parents cannot provide valid consent to such interventions). The following considerations are not intended to be trans-hostile in any way. On the contrary, we explicitly reject all forms of discrimination and approach every person whose gender identity differs from their birth-assigned gender with respect and empathy. In this spirit, we pay particular attention to the concerns and challenges faced by minors with gender dysphoria. Nonetheless, under German law, and given the current lack of a sufficient evidence base, there remains a considerable risk of criminal liability, as the almost inevitable subsequent intervention with opposite-sex hormones carries the risk of permanently impairing or loss of fertility. An urgent priority is to establish a research framework that will generate the robust evidence base needed to inform future legal and medical decision-making. Interventions should take place only within a clearly defined research framework, subject to rigorous and continuous monitoring, with any developments contrary to the intervention's objectives being meticulously documented and promptly reviewed to enable immediate evaluation and adjustment.

* Prof. Dr. Liane Wörner, LL.M., ist Professorin an der Universität Konstanz und Direktorin des Zentrums für Human | Data | Society. Dr. Alexandra Windsberger ist Habilitandin und ZuKo Connect Fellow an der Universität Konstanz und leitet dort das Projekt „Muss ich?“. Prof. Dr. Veit Roessner ist Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden. Dieser gemeinsam verfasste und diskutierte Text ist im Anschluss an ein Kurzgutachten der Verfasserin Wörner kollaborativ entstanden. Er hat gerade auch bei den drei Autoren zu einem über die eigene Befassung hinaus vertieften, erheblich erweiterten, interdisziplinären Verständnis der Forschungsmaterien geführt. Der Text gibt die gewonnene gemeinsame Auffassung der Autoren wieder.

I. Einführung

Das am 13. Juni 2020 in Kraft getretene Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen (KonvBehSchG)¹ definiert in § 1 Abs. 1 die „Konversionsbehandlung“ als „am Menschen durchgeführte Behandlung, die auf die Veränderung oder Unterdrückung der sexuellen Orientierung oder der selbstempfundenen geschlechtlichen Identität gerichtet ist.“ In § 1 Abs. 3 KonvBehSchG stellt das Gesetz – systematisch folgerichtig – klar, dass „[...] bei operativen medizinischen Ein-

¹ Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen v. 12.6.2020 (BGBl. I 2020, S. 1285); siehe dazu auch BR-Drs. 5/1/20 zum Entwurf eines Gesetzes zum Schutz vor Konversionsbehandlungen v. 30.1.2020.

griffen oder Hormonbehandlungen, die darauf gerichtet sind, die selbstempfundenen geschlechtliche Identität einer Person zum Ausdruck zu bringen [...]“, keine Konversionsbehandlung vorliegt. Transaffirmative medizinische Maßnahmen bei Personen mit Geschlechtsdysphorie sind demnach vom Konv-BehSchG explizit ausgenommen. Das am 1. November 2024 in Kraft getretene sog. Selbstbestimmungsgesetz (SBGG) regelt hingegen ausschließlich die Frage, unter welchen Voraussetzungen die Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen im Personenstandsregister möglich ist; transaffirmative medizinische Maßnahmen und ihre rechtlichen Rahmenbedingungen wurden hier nicht geregelt.

Die sich im Zusammenhang mit den zivilrechtlichen Vorschriften ergebenden, insbesondere strafrechtlichen Rahmenbedingungen und Folgen transaffirmativer medizinischer Maßnahmen auch in Fällen der Geschlechtsdysphorie, bleiben in der Diskussion bisher unterbeleuchtet. Ungeachtet dessen hat die Inanspruchnahme klinischer Beratungs- und Behandlungsangebote für Minderjährige mit Geschlechtsinkongruenz (GI) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) in den vergangenen Jahren – innerhalb und außerhalb von Forschungsrahmen – deutlich zugenommen.²

Der Verhaltenskorridor zulässigen Handelns ist dabei kaum einschätzbar. Nach damit erforderlichen Erläuterungen zur Geschlechtsdysphorie aus medizinischer Perspektive (II.), seien im Folgenden und differenziert nach Art der transaffirmativen medizinischen Maßnahmen (III.) die Gabe von Pubertätsblockern (IV.), gegengeschlechtlichen Hormonen (V.) und operative Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung (VI.) gesondert auf Strafbarkeitsrisiken untersucht. Das Zivilrecht enthält dabei in § 1631c BGB ein allgemeines Sterilisationsverbot bei Minderjährigen, das bislang – soweit ersichtlich – nicht mit transaffirmativen medizinischen Maßnahmen bei Geschlechtsdysphorie in Verbindung gebracht wurde. Unterfielen aber diese Maßnahmen ganz oder teilweise § 1631c BGB, so schlosse dies für die jeweilige Maßnahme und soweit sie einen partiellen bis vollständigen Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit zur Folge haben könnte, eine rechtfertigende Einwilligung des Rechtsgutsträgers, bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters, in die Behandlung grundsätzlich aus. Die Behandlung entspräche dann i.d.R. einer strafbaren (nicht eingewilligten) Körperverletzung, bei dauerhafter, teils unumkehrbarer Veränderung des körperlichen Zustandes inklusive des Verlusts der Fortpflanzungsfähigkeit sogar einer schweren Körperverletzung.³ Mit Blick

auf die Zivilrechtsakzessorietät des Strafrechts⁴ erlangte dann die zivilrechtliche Einwilligungssperre entscheidende Bedeutung mit der Folge erheblicher Strafbarkeitsrisiken für die behandelnden Ärzte.

II. Geschlechtsdysphorie aus medizinischer Perspektive

1. Diagnostische Unsicherheiten und methodische Mängel

Geschlechtsinkongruenz bezeichnet nach ICD-11 eine deutliche und anhaltende Diskrepanz zwischen dem subjektiv empfundenen Geschlecht einer Person und dem ihr bei Geburt zugewiesenen Geschlecht.⁵ Liegt zusätzlich ein anhaltender, krankheitswertiger psychischer Leidenszustand vor, spricht man nach den Kriterien des DSM-5 von Geschlechtsdysphorie.⁶ Eine Orientierungshilfe für Ärzte in Deutschland ist derzeit die sog. „S2k-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter“ der AWMF, die jedoch umstritten ist⁷ und von einzelnen Fachverbänden sowie Ärzten teilweise nicht angewendet bzw. abgelehnt wird,⁸ u.a. da sowohl die Anzahl als auch die Qualität der vorliegenden Studien unzureichend sind, um das Risiko-Nutzen-Verhältnis transaffirmativer Maßnahmen verlässlich beurteilen zu können. Verschärft wird dies zusätzlich durch eine grundlegende diagnostische Unsicherheit: Psychiatrische Diagnosen wie Geschlechtsdysphorie und Depressivität basieren ebenso wie Suizidalität hauptsächlich auf den subjektiven Angaben der Minderjährigen, da objektive somatisch-medizinische Marker fehlen. Dies erschwert nicht nur eine verlässliche Diagnose-, sondern auch die Indikationsstellung für das weitere Vorgehen. Die entsprechenden Kriterien sind bislang methodisch und empirisch nur unzureichend abgesichert – etwa hinsichtlich ihrer Messbarkeit, Übereinstimmung zwischen verschiedenen Fachpersonen und zeitlichen Stabilität.

Besonders problematisch ist, dass auch der weitere Verlauf geschlechtsdysphorischer Empfindungen nur schwer prognostizierbar ist: Ob diese Empfindungen andauern, sich verstärken, verändern oder vollständig zurückbilden, lässt sich derzeit nicht verlässlich abschätzen. Belastbare prädiktive Kriterien fehlen bislang. Besonders herausfordernd ist dies

§ 223 Rn. 73 f.; *Grünwald*, in: Laufhütte/Rissing-van Saan/Tiedemann (Hrsg.), Leipziger Kommentar, StGB, Bd. 7/1, 12. Aufl. 2019, § 223 Rn. 63 ff.

⁴ *Eibach*, NStZ 2020, 704 (704); *Schmitz*, in: Erb/Schäfer (Fn. 3), § 242 Rn. 33.

⁵ Weltgesundheitsorganisation (WHO), International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11): HA60 – Geschlechtsinkongruenz bei Jugendlichen und Erwachsenen, 2019, abrufbar unter <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/HA60> (5.9.2025).

⁶ American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Aufl. 2013.

⁷ S2k-Leitlinie der AWMF Reg. Nr. 028-14 (Fn. 2).

⁸ *Kröning*, Welt v. 12.6.2024, abrufbar unter <https://www.welt.de/politik/deutschland/article251937014/Fachgesellschaften-wenden-sich-gegen-eigene-Transkinder-Behandlungsleitlinie.html> (5.9.2025).

² Vgl. S2k-Leitlinie der AWMF Reg. Nr. 028-14 i.d.F.v. 24.6.2025, abrufbar unter

https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-014l_S2k_Geschlechtsinkongruenz-Geschlechtsdysphorie-Kinder-Jugendliche_2025-06.pdf (5.9.2025); *Tietz*, Gesundheitsrecht Blog, Nr. 51, 2024.

³ *Paeffgen/Böse/Eidam*, in: Kindhäuser/Neumann/Paeffgen/Saliger (Hrsg.), Nomos Kommentar, StGB, Bd. 3, 6. Aufl. 2023, § 223 Rn. 1212, § 226 Rn. 25; *Engländer*, in: Matt/Renzikowski, Strafgesetzbuch, Kommentar, 2. Aufl. 2020, § 223 Rn. 18 ff.; *Hardtung*, in: Erb/Schäfer (Hrsg.), Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch, Bd. 4, 5. Aufl. 2025,

bei Minderjährigen, da deren emotionale und kognitive Entwicklung insbesondere in der Pubertät starken Schwankungen unterliegt: Die Pubertät ist geprägt von rascher Reifung, instabilem Selbstkonzept und erhöhter psychischer Vulnerabilität. Identitätsfragen, affektive Krisen und soziale Unsicherheiten erschweren die diagnostische Einordnung. Die korrekte Einordnung geäußerter psychischer Probleme – etwa als Ursache, Folge, Begleitfaktor, Verstärker einer Geschlechtsdysphorie oder als eigenständige Problematik – ist anspruchsvoll, da mögliche Zusammenhänge vielschichtig sein können und bislang unzureichend untersucht sind.

2. Unklare Wirksamkeit transaffirmativer Maßnahmen

Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass die Wirksamkeit der stufenweise einsetzbaren transaffirmativen medizinischen Maßnahmen – Pubertätsblocker, Hormone und Operationen – bei Minderjährigen bislang nicht überzeugend nachgewiesen wurde.⁹ Aus der Gesamtschau der verfügbaren Daten ergibt sich folgender Eindruck: Die Persistenzraten¹⁰ sind bei Minderjährigen am höchsten, die sich sozialen oder medizinischen transaffirmativen Maßnahmen unterzogen haben, niedriger bei Minderjährigen, bei denen nicht zwischen vorhandenen, fehlenden oder unbekanntem affirmativen Maßnahmen unterschieden wurde, und am niedrigsten bei Minderjährigen, die ausschließlich keine affirmativen Maßnahmen erhalten haben. Dabei handelt es sich jedoch nicht um einen statistisch abgesicherten Vergleich, sondern um eine orientierende Betrachtung heterogener Studien mit teils deutlich unterschiedlicher Methodik.

In der gesellschaftlichen und politischen Debatte besonders kontrovers diskutiert wird der Umgang mit einer erhöhten Suizidalität bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie. Immer wieder wird die Auffassung vertreten, dass nur transaffirmative medizinische Maßnahmen geeignet seien, die bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie erhöhte Suizidalität ausreichend zu senken.¹¹ Vielfach gestützt auf frühere

Studien,¹² wie etwa *Turban u.a.*,¹³ wird ein positiver Zusammenhang zwischen frühzeitigem Zugang zu transaffirmativen medizinischen Maßnahmen, hier Pubertätsblockern und einer Reduktion lebenslanger Suizidgedanken bei Transerwachsenen berichtet. Auch *Green u.a.*¹⁴ beschreiben eine geringere Häufigkeit von Suizidgedanken und -versuchen bei Jugendlichen, die Zugang zur Gabe gegengeschlechtlicher Hormone hatten. Doch sowohl diese als auch zahlreiche weitere Studien, die psychische Verbesserungen – etwa im Hinblick auf Suizidalität, Depressivität oder allgemeines psychisches Wohlbefinden – infolge transaffirmativer medizinischer Maßnahmen bei Minderjährigen nahelegen, werden zunehmend kritisch bewertet. Hintergrund sind methodische Schwächen wie das Fehlen geeigneter Kontrollgruppen, die unzureichende Kontrolle weiterer psychischer Probleme bis zum Vollbild einer Störung, retrospektive Studiendesigns oder selektive Stichprobenauswahl, die belastbare Schlussfolgerungen erheblich erschweren. So kommen der Cass Review,¹⁵ zwei systematische NICE-Reviews sowie deren Aktualisierung durch *Zepf u.a.*,¹⁶ die nach den höchsten verfügbaren wissenschaftlichen Standards erstellt wurden, übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass zwar ein erhöhtes Suizidrisiko bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie besteht, transaffirmative medizinische Maßnahmen jedoch keine nachweisbare Reduktion bewirken und vergleichbare Risiken auch bei anderen psychischen Störungen auftreten. Auch für weitere psychische Zielgrößen wie Depressivität, Angst, psychosoziales Wohlbefinden, Lebensqualität oder Körperbild lässt sich kein verlässlicher Nutzen affirmativer medizinischer Maßnahmen belegen.

⁹ Auf die bisher generell noch unzureichende Quantität und Qualität vorgenommener Untersuchungen können wir hier nur ergänzend hinweisen.

¹⁰ Persistenzraten bezeichnen, wie häufig Geschlechtsdysphorie über die Zeit bestehen bleibt.

¹¹ Vgl. nur die Informationen der APA (American Psychological Association) m.w.N., abrufbar unter <https://www.apa.org/topics/lgbtq/gender-affirmative-care?utm> (5.9.2025). Diese Position wird implizit durch Aussagen von Experten wie der Vorsitzenden der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz *Sabine Maur* (im Gespräch mit *Garrelts*, Tagesspiegel v. 5.2.2021, abrufbar unter <https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/queerspiegel/die-pubertat-aufschieben-nimmt-den-stress-raus-4227853.html?utm> [5.9.2025]) oder dem Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie Prof. Dr. *Georg Romer* (im Gespräch mit *Spork*, RiffReporter v. 16.10.2023, abrufbar unter <https://www.riffreporter.de/de/gesellschaft/georg-romer-geschlechtsdysphorie-trans-jugendliche-kinder-pubertaetsblocker-interview> [5.9.2025]) in die Öffentlichkeit getragen.

¹² *Tordoff u.a.*, JAMA Network Open 5 (2022), e220978.

¹³ *Turban u.a.*, Pediatrics 145 (2020), e20191725.

¹⁴ *Green u.a.*, Journal of Adolescent Health 70 (2022), 643.

¹⁵ Cass, Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People: Final Report, April 2024, abrufbar unter

https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20250310143933mp_/https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2024/04/CassReview_Final.pdf (5.9.2025).

Zu einem vergleichbaren Ergebnis gelangen die systematischen Reviews des britischen National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2020) sowie die daran anschließende Analyse von *Zepf u.a.*, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 52 (2024), 167, in englischer Sprache abrufbar unter

https://econtent.hogrefe.com/doi/suppl/10.1024/1422-4917/a000972/suppl_file/1422-4917_a000972_esm1.pdf

(5.9.2025), die auf der gleichen Bewertungsmethodik basiert und zusätzlich neuere Studien berücksichtigt; vgl. auch *Zepf u.a.*, Kommentierung der S2k-Leitlinie der AWMF Reg. Nr. 028-14 v. 21.5.2024, abrufbar unter

https://www.zi-mannheim.de/fileadmin/user_upload/downloads/forschung/KJP_downloads/Gemeinsame_Kommentierung_Leitlinienentwurf_S2k-240521.pdf (5.9.2025).

¹⁶ Übereinstimmend, vgl. Fn. 11.

Zwei aktuelle Registerstudien aus Dänemark (*Erlangsen u.a.*¹⁷) und Finnland (*Ruuska u.a.*¹⁸) untermauern diese Einschätzungen: Sie bestätigen die methodische Kritik an früheren Arbeiten – etwa hinsichtlich unzureichender Stichprobengröße, Beobachtungsdauer und Kontrolle koexistierender psychischer Störungen. Da sie diese Schwächen systematisch überwinden, gelten sie als methodisch besonders belastbar. Sie zeigen sowohl ein erhöhtes Suizidrisiko bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie als auch, dass transaffirmative medizinische Maßnahmen dieses Risiko langfristig nicht verringern. Besonders die Kohortenstudie von *Ruuska u.a.* zeigt: Das erhöhte Suizidrisiko ist vollständig durch koexistierende psychiatrische Störungen wie Depressionen, Essstörungen, ADHS erklärbar.¹⁹ Geschlechtsdysphorie selbst ist damit kein unabhängiger Risikofaktor.

Angesichts solcher Unklarheiten besteht in der medizinischen Fachwelt weitgehender Konsens, dass transaffirmative medizinische Maßnahmen nur dann in Betracht gezogen werden sollten, wenn eine sog. „sichere Persistenz“ der Geschlechtsdysphorie vorliegt. Da dafür jedoch bislang keine klare, allgemein anerkannte noch evidenzbasierte Definition existiert – weder hinsichtlich der erforderlichen Dauer noch der Symptomschwere oder anderer klinischer Merkmale – und auch keine validen diagnostischen Instrumente zu ihrer Anwendung vorliegen (siehe oben I. 1.) wird zur Zurückhaltung geraten. Die Ausprägung dieser Zurückhaltung im Einzelfall variiert allerdings je nach klinischer Haltung und Bewertung der Datenlage unter den Ärzten recht stark. Zu alternativen, weniger invasiven Maßnahmen wie etwa psychotherapeutischer Begleitung oder psychosozialer Unterstützung liegt zudem nur eine äußerst geringe Datenlage vor.²⁰ Die begrenzte Studienlage erlaubt bislang keine belastbare Einschätzung, welche Maßnahmen für welche Minderjährigen geeignet, wirkungslos oder potenziell schädlich sind. All die genannten Unklarheiten wirken sich unmittelbar auf die therapeutische Entscheidungsfindung aus, ob ein abwartendes Vorgehen, psychotherapeutische Begleitung, gezielte Intervention oder eine Kombination dieser Ansätze gewählt wird.

Verschiedene europäische Länder, darunter Großbritannien, Schweden, Finnland und Norwegen, haben deshalb bereits gesundheitspolitische Konsequenzen gezogen.²¹ Schweden (*Socialstyrelsen* 2023) hat die Behandlung Minderjähriger mit transaffirmativen medizinischen Maßnahmen deutlich eingeschränkt.²² Stattdessen wird eine umfassende Diagnostik

betont, die Behandlung soll ergebnisoffen erfolgen und sich auf die Auseinandersetzung mit der subjektiv empfundenen Geschlechtsidentität konzentrieren.²³ Nach alledem ist die weit verbreitete Behauptung, transaffirmative medizinische Maßnahmen seien zwingend zur Vermeidung von psychischem Leid bis hin zu Suiziden notwendig, nach derzeitigem Stand der Forschung nicht haltbar. Vielmehr sind unbehandelte koexistierende psychische Probleme bis hin zum Vollbild einer Störung als zentraler Risikofaktor für Suizidalität zu betrachten. Eine differenzierte Indikationsstellung sowie der Fokus auf umfassende psychische Diagnostik und therapeutische Begleitung erscheinen aus medizinischer und ethischer Sicht geboten.

3. Kinderwunsch und langfristige Lebensperspektiven

In jungen Jahren ist der Kinderwunsch meist abstrakt oder spielt kaum eine Rolle;²⁴ mit zunehmendem Alter jedoch erstarkt das Bedürfnis nach Elternschaft erheblich²⁵ und ein unerfüllter Wunsch kann zu gravierenden psychischen Belastungen wie Stress, Depressionen und Angststörungen führen.²⁶ Dieses Spannungsverhältnis ergibt sich aus dem Zusammenspiel biologischer Grenzen – etwa dem natürlichen Rückgang der Eizellreserven wie auch der Spermienqualität ab etwa Mitte 30 – und einer wachsenden existenziellen Auseinandersetzung mit Fragen von Lebenssinn und Familie.²⁷ Hinzu kommt, dass Minderjährige aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Reifung zentraler Hirnstrukturen, insbesondere der für vorausschauendes Denken, Risikobewertung und langfristige Entscheidungsfindung zuständigen Areale,²⁸ nur eingeschränkt in der Lage sind, die Tragweite solcher Entscheidungen realistisch einzuschätzen. Auch fehlt ihnen vielfach die notwendige Lebenserfahrung, die es erlaubt, komplexe Folgen abzuschätzen und persönliche Prioritäten bewusst zu setzen. Ihr Handeln ist daher stärker von Impulsivi-

Summary of national guidelines December 2022, S. 3, 4, abrufbar unter

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/444af6c0a5fb429c9b56fd51b931a816/2023-1-8330.pdf> (5.9.2025).

²³ Zepf u.a., Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 52 (2024), 167 (182).

²⁴ BZgA-Repräsentativstudie „Jugendsexualität 9. Welle“, Faktenblatt November 2021, S. 3.

²⁵ Statistik „Verhältnis ungewollter und gewollter Kinderlosigkeit nach Altersgruppen im Jahr 2020“, abrufbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1331200/umfrage/verhaeltnis-ungewollter-und-gewollter-kinderlosigkeit-nach-alter/> (5.9.2025). Viele Menschen verspüren erst mit etwa 35 Jahren einen starken Kinderwunsch, sollte dieser bis dahin nicht erfüllt worden sein.

²⁶ Strauß, in: Schramm/Wermke (Hrsg.), Leihmutterchaft und Familie, S. 191 (193 ff., 205); Bengel/Mild/Strauß, Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 1/2000, 3 (4).

²⁷ Wölfler, Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel 1/2021, 11 (11, 12).

²⁸ Cerniglia/Di Pomponio, Adolescents 4 (2024), 222.

¹⁷ *Erlangsen u.a.*, JAMA 329 (2023), 2145.

¹⁸ *Ruuska u.a.*, BMJ mental health 27 (2024), e300940.

¹⁹ *Ruuska u.a.*, BMJ mental health 27 (2024), e300940.

²⁰ *Kohls/Roessner*, Journal of Child Psychology and Psychiatry 64 (2023), 1096.

²¹ Zepf u.a., Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 52 (2024), 167 (181); Eingangsstatement, in: DÄBl. v. 9.10.2023, 1 (2, 3); Mahase, BMJ (Clinical research ed.) 381 (2023), 1344 ff.; Block, BMJ (Clinical research ed.), Vol. 381 (2023), 697 ff.

²² Zepf u.a., Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 52 (2024), 167 (182); *Socialstyrelsen*,

tät und kurzfristiger Bedürfnisbefriedigung geprägt,²⁹ häufig beeinflusst durch sozialen Druck, während ein konkretes Bewusstsein für spätere Lebensphasen, deren Anforderungen und mögliche Konsequenzen erst im Verlauf der persönlichen und sozialen Reifung entsteht. Der Gedanke an eine künftige Elternschaft bleibt in diesem Alter weitgehend abstrakt und wenig mit realen Zukunftsperspektiven verknüpft.

4. Medizinische Unsicherheit als rechtliches Risiko

Die medizinisch-diagnostischen Unsicherheiten wirken sich insbesondere hinsichtlich der Voraussetzungen zulässiger transaffirmativer medizinischer Maßnahmen bei Minderjährigen unmittelbar auf die rechtliche Bewertung aus. Dort, wo die Maßnahmen dauerhafte, teils unumkehrbare Veränderungen des Körpers inklusive des Verlusts der Fortpflanzungsfähigkeit mit sich bringen bzw. bringen können, besteht, wo nicht eingewilligt werden kann, ein strafrechtliches Ahndungsrisiko. Ärzte, die Minderjährige behandeln und begleiten, sehen sich in der Folge einer großen Rechtsunsicherheit ausgesetzt.

III. Medizinische Modalitäten transaffirmativer Maßnahmen und das Erfordernis ihrer Differenzierung für die spezifischen Rechtsfragen

Viele von Geschlechtsdysphorie Betroffene streben zumindest zeitweise eine Transition an, deren Dauer und Reversibilität variieren kann, um ihre Lebenssituation – einschließlich ihres äußeren Erscheinungsbilds und ihres rechtlichen Status – ihrer subjektiv empfundenen Geschlechtsidentität anpassen zu lassen,³⁰ sei es durch soziale, rechtliche, medizinische oder eine Kombination dieser Maßnahmen.³¹ Während die Durchführung transaffirmativer medizinischer Maßnahmen an Erwachsenen in der Regel auf informierter Einwilligung beruht,³² werfen dieselben Maßnahmen bei Minderjährigen komplexe rechtliche Fragen auf, insbesondere im Hinblick auf das elterliche Einwilligungsrecht und mögliche strafrechtliche Implikationen für die durchführenden Ärzte. In Deutschland erfolgt die Diagnose im medizinischen Kontext weiterhin nach ICD-10 (F64.0 „Transsexualismus“),³³ obwohl die WHO sie in der ICD-11 nicht mehr als psychische Störung einstuft.³⁴ Dennoch ist die Diagnose nach ICD-10 in Deutschland noch immer Voraussetzung für transaffirmative medizinische Maßnahmen wie Hormonbehandlungen oder geschlechts-

angleichende Eingriffe,³⁵ an der sich Ärzte sowie Krankenkassen bei Indikationsstellung und Kostenübernahme i.d.R. orientieren.³⁶ Besonders bei Minderjährigen ist eine Differenzierung nach Art der Maßnahme erforderlich, da jeweils unterschiedliche medizinische, psychologische und rechtliche Folgen bestehen. Differenziert wird hier in die Gabe von Pubertätsblockern (siehe unten IV.), von gegengeschlechtlichen Hormonen (siehe unten V.) und in operative Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung (siehe unten VI.).

Die Gabe von Pubertätsblockern unterscheidet sich in zwei Punkten von den übrigen transaffirmativen medizinischen Maßnahmen: (1) Sie ist medizinisch nur bis zum Pubertätsstadium 3 nach *Tanner* sinnvoll,³⁷ da ab *Tanner*-Stadium 4 bereits irreversible, körperliche Veränderungen eingetreten sind.³⁸ Nach dem 14. Lebensjahr werden Pubertätsblocker daher nur noch in Ausnahmefällen verabreicht,³⁹ während geschlechtsangleichende Maßnahmen (siehe unten V./VI.) auch nach Abschluss der Pubertät möglich sind.

(2) Während Pubertätsblocker etliche physiologische Veränderungen des sich entwickelnden Körpers aufhalten,⁴⁰ modifizieren geschlechtsangleichende – insbesondere operative – Maßnahmen den Körper i.d.R. irreversibel.⁴¹ Auch erhöhen gegengeschlechtliche Hormone das Risiko eines partiellen oder vollständigen Verlusts der Fortpflanzungsfähig-

³⁵ BGA-Richtlinie des GKV-Spitzenverbands, Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0), Stand: 31.8.2020, S. 6.

³⁶ BGA-Richtlinie des GKV-Spitzenverbands (Fn. 35), S. 6. Zur Deklassifizierung als psychische Störung durch die ICD-11 vgl. *Zepf u.a.* (Fn. 15), S. 18; *Rauchfleisch*, Bundeszentrale für politische Bildung v. 8.8.2018, abrufbar unter <https://www.bpb.de/themen/gender-diversitaet/geschlechtlich-e-vielfalt-trans/245353/medizinische-einordnung-von-trans-identitaet/> (8.5.2025); zu sozialrechtlichen Fragen der Kostenübernahme medizinischer, transaffirmativer Maßnahmen durch Krankenkassen, vgl. Deutscher Bundestag WD 9 – 3000 – 065/22, Einzelfragen zu geschlechtsangleichenden Operationen, Leistungen der GKV und Datenlage zur Häufigkeit operativer Eingriffe, abrufbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/921790/5bae174f4e7252b78d93e2b80cc6688c/WD-9-065-22-pdf-data.pdf> (5.9.2025).

³⁷ *Lenzen-Schulte*, DÄBl. 48/2022, 2134 (2140), unter: Blick ins Ausland: Blockade der Pubertätsblockade.

³⁸ *Emmanuel/Bokor*, *Tanner Stages*, in: *StatPearls* [Internet], 2025 abrufbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470280/?utm_source=chatgpt.com (5.9.2025).

³⁹ *Hembree u.a.*, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102 (2017), 3869.

⁴⁰ *Simon*, *Stern* v. 14.3.2024, abrufbar unter <https://www.stern.de/gesundheit/pubertaetsblocker---was-sind-das-fuer-medikamente--34541812.html> (5.9.2025).

⁴¹ *Korte*, *Hinter dem Regenbogen, Entwicklungspsychiatrische, sexual- und kulturwissenschaftliche Überlegungen zur Genderdebatte und zum Phänomen der Geschlechtsdysphorie bei Minderjährigen*, 2024, S. 45.

²⁹ *Duckworth/Steinberg*, *Child Development Perspectives* 9 (2015), 32.

³⁰ DÄB (Fn. 21), S. 2.

³¹ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision, DSM-5-TR™*, 2022.

³² *Coleman u.a.*, *International Journal of Transgender Health* 23 (2022), S1.

³³ *Bachmann u.a.*, DÄBl. 11/2024, 370 (370); *Knispel*, *NZS* 2024, 777 (778); Weltgesundheitsorganisation (WHO), *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)*, 10. Revision 2008, German Modification (ICD-10-GM 2008).

³⁴ WHO (Fn. 5), 11th Revision (ICD-11).

keit nochmals deutlich.⁴² Analog kann das operative Entfernen bzw. Verändern geschlechtsspezifischer Körperteile je nach Eingriff zu einer erheblichen Einschränkung oder zum dauerhaften Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit führen.⁴³ Obwohl die möglichen negativen Auswirkungen geschlechtsangleichender Maßnahmen auf die zukünftige Fortpflanzungsfähigkeit von Minderjährigen gut dokumentiert sind, werden präventive Maßnahmen zum Erhalt der Fortpflanzungsfähigkeit (z.B. Kryokonservierung) von dieser Gruppe kaum genutzt: laut aktuellen Studien nutzen weniger als 5 % der Jugendlichen, die transaffirmative medizinische Maßnahmen in Anspruch nehmen, entsprechende Angebote.⁴⁴

Vor diesem Hintergrund versteht es sich von selbst, dass transaffirmative medizinische Maßnahmen nur mit Einwilligung der betroffenen Person und auf deren Wunsch zulässig sein können. Fraglich ist jedoch, inwieweit Minderjährige die Tragweite solcher Entscheidungen überhaupt realistisch erfassen können.⁴⁵ Man wird der erforderlichen Aufklärung in jedem Fall große Bedeutung einräumen müssen.⁴⁶ So bedürfen Maßnahmen mit der potentiellen mittelbaren Folge eines partiellen bis vollständigen Verlusts der Fortpflanzungsfähigkeit einer besonders sorgfältigen Abwägung im Lichte langfristiger biologischer, psychologischer und gesellschaftlicher Entwicklungen.⁴⁷

Zum Schutz betroffener Minderjähriger sind elterliche Sorge und Erziehung (Art. 6 GG) eingeschränkt; dies ist angesichts der weitreichenden Folgen auch verfassungsrechtlich zulässig.⁴⁸ Nur in sehr eng begrenzten Ausnahmefällen, etwa im Falle lebensnotwendig medizinischer Maßnahmen im Rahmen einer Tumorerkrankung, können diese im Einzelfall zulässig sein.⁴⁹ Dann muss mit größter Sorgfalt abgewogen und erst nach umfassender Reflexion sowie einer gründlichen medizinischen und ethischen Prüfung entschieden wer-

den.⁵⁰ Dies bedeutet zugleich, dass transaffirmative medizinische Maßnahmen, die einen partiellen bis vollständigen Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit als mittelbare Neben- oder Langzeitfolge mit sich bringen, nicht schon deshalb als unproblematisch einwilligungsfähig gelten können, weil sie dem Zweck dienen, den durch Geschlechtsdysphorie bedingten Leidensdruck der Minderjährigen zu lindern. Das Zivilrecht untersagt deshalb auch gem. § 1631c BGB die Einwilligung der Eltern und des Kindes selbst in eine Sterilisation und erklärt jede medizinische Maßnahme mit der mittelbaren Folge eines partiellen bis vollständigen Verlusts der Fortpflanzungsfähigkeit für grundsätzlich verboten.⁵¹ Der Schutz des Sterilisationsverbots – gerade mit Blick auf die langfristigen Folgen, die Minderjährige nur begrenzt überblicken können – greift richtiger Weise auch, wenn der Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit als mittelbare Neben- oder Langzeitfolge eintreten kann. Wegen der weitgehenden Folgen für Betroffene ordnet der Strafgesetzbuch den Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit als schwere Körperverletzung gem. § 226 Abs. 1 Nr. 1 Var. 4 StGB ein. Fraglich ist daher im Einzelnen, ob Maßnahmen überhaupt rechtlich zulässig sind.

IV. Gabe von Pubertätsblockern an Minderjährige mit Geschlechtsdysphorie

Als häufig erste transaffirmative medizinische Maßnahme bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie werden (vor Abschluss der Pubertät) oft zunächst sog. Pubertätsblocker verabreicht. Dabei handelt es sich um Medikamente, meist GnRH-Analoga, die die hormonellen und verknüpften physiologischen Prozesse der Pubertät für die Dauer der Einnahme unterbrechen, indem sie die *Bildung* von Geschlechtshormonen vorübergehend und reversibel hemmen.⁵² Fraglich ist, ob und wenn ja, durch wen wirksam eingewilligt werden kann.

1. Studienlage und medizinische Modalitäten

Auch wenn die medikamentöse Pubertätsblockade in der medizinischen und öffentlichen Diskussion meist als reversibel dargestellt wird, sind die – vor allem langfristigen – Auswirkungen bislang völlig unzureichend erforscht.⁵³ Vorhandene Studienergebnisse sprechen dafür, dass die längerfristi-

⁴² Chen u.a., *Journal of Adolescent Health*, 62 (2018), 488.

⁴³ AWMF-Leitlinie 138-001: Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Erwachsenenalter, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 2020.

⁴⁴ Pang u.a., *JAMA Pediatrics* 2020, 890; Cooper/Long/Aye, *PLoS One* 17 (2022), e0265043. Zu den medizinischen Limitationen siehe V. 1.

⁴⁵ Baltag u.a., *Journal of Adolescent Health* 71 (2022), 10.

⁴⁶ Parmigiani u.a., *Psychiatry Research* 344 (2025), 116343.

⁴⁷ Baltag u.a., *Journal of Adolescent Health* 71 (2022), 10.

⁴⁸ Jarass, in: Jarass/Pieroth, *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland*, 18. Aufl. 2024, Art. 6 Rn. 54 ff.; BVerfG NJW 2022, 2904. Teilweise wird vorgetragen, dass das Kindeswohl immanently den sachlichen Schutzbereich des Art. 6 Abs. 2 GG begrenzt und Maßnahmen zum Schutz des Kindeswohls daher schon keinen rechtfertigungsbedürftigen Eingriff darstellen.

⁴⁹ Kerscher, in: Artz u.a. (Hrsg.), *Beck'scher Online-Großkommentar, BGB*, Stand: 1.5.2025, § 1631c Rn. 6, 6.1; Spickhoff, in: Spickhoff, *Medizinrecht, Kommentar*, 4. Aufl. 2022, BGB § 1631c Rn. 3.

⁵⁰ Kerscher (Fn. 49), § 1631c Rn. 6, 6.1; Spickhoff (Fn. 49), BGB § 1631c Rn. 3.

⁵¹ Kemper, in: Schulze u.a., *BGB, Kommentar*, 12. Aufl. 2024, § 1631c Rn. 1; Huber, in: Säcker/Rixecker/Oetker/Limberg/Schubert (Hrsg.), *Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch*, Bd. 10, 9. Aufl. 2024, § 1631c Rn. 1 ff.; Kerscher (Fn. 49), § 1631c Rn. 1 ff.; Veit/Schmidt, in: Hau/Poseck (Hrsg.), *Beck'scher Online-Kommentar, Bürgerliches Gesetzbuch*, Stand: 1.5.2025, § 1631c Rn. 1 ff.; Spickhoff (Fn. 49), BGB § 1631c Rn. 1 ff.

⁵² Georg Romer im Gespräch mit Spork (Fn. 11). Zepf u.a., *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 52 (2024), 167 (170); Lenzen-Schulte, *DÄBl.* 48/2022, A2134; Tietz, *Gesundheitsrecht Blog*, Nr. 51, 2024, 2.

⁵³ Zepf u.a., *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 52 (2024), 167 (171); Mahfouda u.a., *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5 (2017), 816 (821).

ge Gabe von Pubertätsblockern zu verminderter Knochendichte und einem erhöhten Osteoporoserisiko⁵⁴, Beeinträchtigungen der kognitiven und neurologischen Entwicklung⁵⁵, partiellem oder vollständigem Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit⁵⁶ und sollte letzteres der Fall sein, zu erhöhten Raten von Depressionen, Angstzuständen und unklaren Auswirkungen auf das langfristige psychische Wohlbefinden⁵⁷ sowie verzögerter sexueller Reifung, reduzierter Libido und möglichen Schwierigkeiten mit der sexuellen Identitätsentwicklung⁵⁸ führen kann. Dabei ist heute bekannt (siehe auch oben I.), dass es bei einer Persistenzrate von ca. 10–40 % bei den meisten Minderjährigen mit geschlechtsdysphorischen Symptomen im Entwicklungsverlauf in einer Vielzahl von Fällen zur Aussöhnung mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht kommt.⁵⁹ Dagegen verändert die Pubertätsblockade durch verringertes Verlangen und eingeschränkte körperliche Reaktionsfähigkeit das sexuelle Empfinden und Verhalten,⁶⁰ für das Alter typische und wichtige Erfahrungen fehlen.⁶¹ Befürworter sehen darin einen Zeitgewinn für eine „Identitätsexploration“,⁶² durch den zugleich psychischer Leidensdruck erheblich gesenkt werden kann.⁶³ Hinweisen,

⁵⁴ Zepf u.a., Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 52 (2024), 167 (171); Tietz, Gesundheitsrecht Blog 2024, Nr. 51, 2, abrufbar unter <https://gesundheitsrecht.blog/geschlechtsdysphorie-behandlungen/> (5.9.2025).

⁵⁵ Hayes, *Frontiers in Psychology* 8 (2017), 44; Hough u.a., *Psychoneuroendocrinology* 75 (2017), 173 (174, 180).

⁵⁶ Conflitti u.a., *Journal of Endocrinological Investigation* 46 (2023), 1725.

⁵⁷ Sharma/Shrivastava, *Cureus* 14 (2022), e30320; Zepf u.a., *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 52 (2024), 167 (171).

⁵⁸ Romer, *Science Media Center Deutschland*, 18.6.2025, <https://www.sciencemediacenter.de/angebote/pubertaetsblocker-und-sexuelle-zufriedenheit-von-trans-personen-25107> (5.9.2025). Zepf u.a., *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 52 (2024), 167 (171).

⁵⁹ Korte, *Frauenheilkunde up2date* 2016, 163 (168); Tietz, *Gesundheitsrecht Blog*, Nr. 51, 2024, 1 f. Zu einer Auswahl der Persistenzraten aus Follow-up-Studien: 12 % bei Singh u.a., *Psychiatry* 2021, 1 (8); 12 % bei Drummond u.a., *Developmental Psychology* 2008, 34 (42); 27 % bei Wallien/Cohen-Kettenis, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2008, 1413 (1416); 37 % bei Steensma u.a., *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2013, 582 (583); Bachmann u.a., *Deutsches Ärzteblatt International* 121 (2024), 370.

⁶⁰ Brik u.a., *Archives of Sexual Behavior* 49 (2020), 2611.

⁶¹ Korte (Fn. 41), S. 58

⁶² Crocetti/Rubini/Meeus, *Journal of Adolescence* 31 (2008), 207.

⁶³ Romer/Lempp, *Nervenheilkunde* 2022, 309 (313); Ashley, *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2019, 223 (229); Claahsen-van der Grinten u.a., *European Journal of Pediatrics* 2021, 1349 (1352); Cohen-Kettenis u.a., *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2011, 689

jedenfalls begrenzter Reversibilität sowie Risiken einer möglichen durch transaffirmative medizinische Maßnahmen bedingte Verfestigung der Geschlechtsdysphorie,⁶⁴ wird zu wenig nachgegangen. Ausweislich aktueller Studienergebnisse beginnen nahezu 100 % der behandelten Kinder anschließend eine Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen;⁶⁵ die Kontrollstudienlage ist dürftig.⁶⁶

2. Drohende Strafbarkeit?

Strafbarkeit droht für die verordnenden Ärzte, wenn die „Einleitung“ einer solchen medikamentösen Maßnahme den Tatbestand einer Körperverletzung (nach §§ 223 ff. StGB) erfüllt – auch dann, wenn die Einnahme durch Patienten selbst erfolgt. Dies ist in vergleichbaren Fällen nur vereinzelt bejaht worden.⁶⁷ So wurden die medizinisch unbegründete Verschreibung von Suchtmitteln⁶⁸ und auch die (irrtümliche) Verschreibung eines falschen Medikaments trotz selbstständiger Einnahme als tatbestandsmäßige Körperverletzungen gewertet.⁶⁹ Fraglich ist dann nämlich, ob Selbstschädigende bei derart unsicherer Studienlage überhaupt freiverantwortlich handeln können. Nur dann wäre für die Täter ein Zurechnungsausschluss möglich. Damit wird aber bereits die Verschreibung eines nicht hinreichend erforschten Medikaments zur Tathandlung in Form der Gesundheitsschädigung, deren Taterfolg in den daraus resultierenden körperlichen Veränderungen inklusive eines starken bis vollständigen Verlusts der Fortpflanzungsfähigkeit besteht.

Will man auf dieser Basis eine tatbestandsmäßige schwere Körperverletzung durch Verordnung von Pubertätsblockern unter Berücksichtigung der erhöhten Schutzbedürftigkeit von Minderjährigen sowie des hohen Wertes des in Rede stehenden Rechtsguts, potentieller irreversibler Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit (§ 226 StGB), annehmen, so kann nur eine wirksam erteilte Einwilligung (der Minderjährigen oder der gesetzlichen Vertreter) aus der Strafbarkeit retten. Deren Unwirksamkeit aber könnte sich aus § 1631c BGB ergeben, wenn die Behandlung einen Fall verbotener Sterilisation begründet, oder aus § 228 StGB, weil die „Tat“ (die Gabe von Pubertätsblockern) gegen die guten Sitten verstößt.

Nach aktueller Studienlage besteht zwar das Risiko eines (dauerhaften) Verlustes der Fortpflanzungsfähigkeit; ein Kausalzusammenhang allein zwischen Gabe und Verlust ist

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

⁶⁴ Tietz, *Gesundheitsrecht Blog*, Nr. 51, 2024, 3; Korte, *Frauenheilkunde up2date* 2016, 163 (173); Korte/Beier/Bosinski, *Sexuologie* 2016, 117 (129).

⁶⁵ Carmichael u.a., *PLoS One* 16 (2021), e0243894; Wiepjes u.a., *Journal of Sexual Medicine* 15 (2018), 582; de Vries u.a., *Journal of Sexual Medicine* 8 (2011), 2276.

⁶⁶ Cass (Fn. 15), S. 176–180.

⁶⁷ BGHSt 24, 342 (343); BGHSt 32, 262 (264, 265).

⁶⁸ LG Hamburg RDG 2014, 33; Kern, in: Laufs/Kern/Rehborn, *Handbuch des Arztrechts*, 5. Aufl. 2019, § 56 Rn. 1.

⁶⁹ BayObLG NJW 2003, 371; mit im Wesentlichen zust. Anm. Freud/Klapp, JR 2003, 431.

aber gegenwärtig nicht ausreichend bewiesen, die Studienlage zu dünn. Gleichwohl erfolgt in nahezu 100 % der Fälle eine Folgebehandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen⁷⁰, die ihrerseits nach einer bestimmten Einnahmedauer in bestimmter Dosierung den Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit bewirken kann. Die Gabe von Pubertätsblockern könnte deshalb bereits der strengen Einwilligungssperre in § 1631c BGB unterfallen. Allerdings zielt die Gabe darauf ab, die subjektiv empfundene Geschlechtsidentität mit dem eigenen Körper in Einklang zu bringen und nicht den Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit herbeizuführen. Der Fall wird von § 1631c BGB daher nicht ohne Weiteres erfasst.

§ 1631e BGB wiederum, der medizinische Eingriffe an Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung regelt, ist auf Minderjährige mit Geschlechtsdysphorie nicht direkt anwendbar, zeigt jedoch eine gesetzgeberische Wertungsentscheidung: Medizinische Maßnahmen mit irreversibler Wirkung auf die geschlechtliche Entwicklung sollen nur unter besonders strengen Voraussetzungen zulässig sein. Insofern kann § 1631e BGB als Auslegungs- und Abwägungshilfe herangezogen werden. Eine Einwilligungssperre über § 1631c BGB erscheint demnach angezeigt, wenn eine nur geringe Wahrscheinlichkeit für den irreversiblen Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit als Teilfolge hierfür oder wegen der sich anschließenden Hormonbehandlung als notwendige Folge post hoc besteht. Ersteres ist wegen des Eingriffs in die sexuelle Selbstbestimmung des Jugendlichen und das elterliche Erziehungsrecht abzulehnen. Anders verhält es sich mit Letzterem, d.h. den langfristigen Folgen der Behandlungslogik. So könnte auch die Gabe von Pubertätsblockern unter das Verbot des § 1631c BGB fallen, sofern sie typischerweise den Beginn einer Behandlung markiert, die wegen der Folgebehandlungen in einen irreversiblen Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit mündet.

Dagegen spricht, dass eine zielgerichtete Sterilisation nicht gewünscht ist, sondern nur eine Hemmung der Pubertät. Die Gabe ist notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für den Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit. Vielmehr „überholt“ die sich anschließende Hormonbehandlung als Zweitbedingung die Gabe und reicht erst für einen ausreichend wahrscheinlichen Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit hin. Die Gabe von Pubertätsblockern kann damit jedenfalls isoliert betrachtet nicht als Sterilisation i.S.d. § 1631c BGB bezeichnet werden. Allerdings müssen die Langzeitwirkung und der Umstand, dass evidenzbasierte Studien und aussagekräftige Kontrollstudien fehlen, bei der Einwilligungsfähigkeit berücksichtigt werden. Spiegelbildlich zur reduzierten Aufklärungsbasis sind deutlich höhere Anforderungen an Einsichtsfähigkeit und Einwilligungserklärung zu stellen als bei anderen medizinischen Heilbehandlungen. Zur abschließenden Bewertung sind Studien zur Risikoaufdeckung sowie Kontrolle erforderlich; die Gabe von Pubertätsblockern ist bis dahin nur im Rahmen prospektiver, kontrollierter Studien zuzulassen.

⁷⁰ *Brik u.a.*, Archives of Sexual Behavior 49 (2020), 2611; *Turban u.a.*, Pediatrics 145 (2020), e20191725.

Angesichts der Langzeitfolgen könnte die Grenze der Einwilligungssperre wegen Sittenwidrigkeit in § 228 StGB erreicht sein; jedwede Einwilligung wäre dann ohnehin unwirksam mit der Folge der Strafbarkeit. Die Rechtsprechung bewertet den rechtlichen Kern des Begriffs der Sittenwidrigkeit anhand des Gewichts des jeweiligen Rechtsgutsangriffs,⁷¹ im Medizinstrafrecht⁷² zusätzlich nach der Verfolgung eines aner kennenswerten Zwecks.⁷³ Auf Grund der bislang unzureichenden empirischen Studienlage lässt sich derzeit nicht verlässlich beurteilen, wie das Risiko-Nutzen-Verhältnis der Gabe von Pubertätsblockern zur Behandlung oder Linderung von geschlechtsdysphorischen Symptomen im Vergleich zu alternativen Ansätzen – etwa psychotherapeutischer Begleitung oder einem abwartenden Vorgehen – ausfällt. Besonders problematisch ist, dass weder zu den unmittelbaren und langfristigen psychischen und somatischen Effekten der Maßnahmen noch zu ihrem Vergleich mit nicht-medikamentösen Alternativen bislang ausreichend Langzeitstudien vorliegen (siehe oben I.). Die Grenze zur Sittenwidrigkeit dürfte jedenfalls dort überschritten sein, wo sich die Hypothese, dass mit der Behandlung Suizidrisiken signifikant gesenkt werden, als invalide darstellt. Aktuelle Studien belegen dies. Im Medizinstrafrecht kommt es für die Sittenwidrigkeitsgrenze auf die Verfolgung eines anerkannten legitimen Zwecks an. Insoweit ist – anders als vielfach behauptet – derzeit jedenfalls im Bereich des Lebensschutzes kein zwingender medizinischer Grund ersichtlich, Minderjährige einer solchen Behandlung zu unterziehen. Ob der Beweggrund, Minderjährigen das Durchlaufenmüssen der Pubertät und die damit einhergehenden psychischen Belastungen zu ersparen, als legitimer Zweck mit der Folge bestehender Einwilligungsfähigkeit und „Sittengemäßheit“ hinreicht, ist mit Blick auf die erheblichen Folgewirkungen und Anschlussbehandlungen mehr als fragwürdig.

V. Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie

Bei der mehrmonatigen Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen (sog. Cross-Hormonen) zur Behandlung von Geschlechtsdysphorie handelt es sich um eine Maßnahme mit irreversiblen Folgen.⁷⁴ Es soll damit gleichwohl niemand gezielt sterilisiert werden. Ziel ist es, den Körper mehr mit der subjektiv empfundenen Geschlechtsidentität in verschiedenen Punkten in Einklang zu bringen. Wegen ihrer Nebenwirkung könnte ihre Gabe dem Sterilisationsverbot in § 1631c BGB unterfallen.

1. Studienlage und medizinische Modalitäten

Die Gabe von Androgenen mit dem Ziel der Transition (Frau-Mann) führt nach mehreren Monaten zu einer weitgehenden

⁷¹ *Valerius*, in: Saliger/Tsambikakis (Hrsg.), Strafrecht der Medizin, Handbuch, 2022, § 1 Rn. 211.

⁷² *Kern* (Fn. 68), § 56 Rn. 10; BGHSt 49, 166 (173).

⁷³ BGHSt 49, 166 (171).

⁷⁴ *Diesselhorst*, Rechtmäßigkeit ärztlicher Maßnahmen an transidenten und intersexuellen Minderjährigen, 2023, S. 15.

Suppression der ovariellen Funktion.⁷⁵ Während diese in einigen Fällen nach Absetzen der Androgene reversibel sein kann, zeigen Studien, dass eine längerfristige Medikation mit einer fortschreitenden Beeinträchtigung der Ovarialfunktion bis hin zu einem irreversiblen Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit einhergehen kann.⁷⁶ Ebenso führt die feminisierende Hormonbehandlung mit Östrogenen und Antiandrogenen im Rahmen der Transition (Mann-Frau) in der Regel zu einer signifikanten Hodenatrophie und einer weitgehenden Unterdrückung der Spermiogenese, die bei längerer Behandlungsdauer mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr reversibel ist.⁷⁷

Da in beiden Fällen das signifikante Risiko eines dauerhaften Verlusts der Fortpflanzungsfähigkeit erheblich ist, wird Personen mit Transitions- und nicht eindeutig bzw. ausreichend sicher ausgeschlossenen bzw. abgeschlossenem Kinderwunsch dringend geraten, vor Beginn der Hormonbehandlung eine Kryokonservierung von Eizellen/ovariellem Gewebe bzw. Spermien in Betracht zu ziehen, da eine Wiederherstellung der Fortpflanzungsfähigkeit nach mehreren Jahren oft nicht mehr möglich ist.⁷⁸ Eine Erfolgsgarantie bei der späteren Nutzung des kryokonservierten Materials besteht freilich nicht.⁷⁹ Vor Einsetzen der Pubertät ist eine Kryokonservierung medizinisch nicht unproblematisch, da eine Ausreifung der Keimzellen in der Regel noch nicht stattgefunden hat; sie steht daher nicht in jedem Fall als Option zur Verfügung.⁸⁰ Erschwerend wirkt sich aus, dass die Gabe gegen Geschlechtlicher Hormone in der Mehrzahl der Fälle – nach aktuellen Studien nahezu regelhaft – unmittelbar an die Gabe von Pubertätsblockern anschließt,⁸¹ ohne dass eine Phase ohne transaffirmative Medikamente vorgesehen ist, in der eine geschlechtsspezifische Reifung der Keimzellen ermöglicht würde.⁸² In der Folge ist eine Kryokonservierung selbst in späteren Phasen der Behandlung regelmäßig ausgeschlossen oder allenfalls mit deutlich reduzierten Erfolgsaussichten verbunden.

2. Strafrechtliche Relevanz der Gabe gegengeschlechtlicher Hormone

Der vom Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige (BtG) vom 12. September 1990⁸³ eingeführte § 1631c BGB will eine Sterilisation Minderjähriger generell ausschließen.⁸⁴ Ärzten ist die gezielte Vornahme der Sterilisation an Minderjährigen wegen § 1631c BGB daher unfänglich untersagt und im Falle der Zuwiderhandlung mit Kriminalstrafe bedroht, §§ 223 ff. StGB. Der Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit ist gem. § 226 Abs. 1 Nr. 1 StGB Erfolgsqualifikation, für die bei entsprechendem Gefahrverwirklichungszusammenhang mit dem Grunddelikt Körperverletzung Fahrlässigkeit genügt.⁸⁵ Zweifel am Vorliegen des Gefahrverwirklichungszusammenhangs bestehen nicht, wenn – wie hier – die den Körperverletzungstatbestand grundsätzlich verwirklichende Grundhandlung notwendig die schwere Folge einschließt.⁸⁶ Die Voraussetzungen der Strafbarkeit entfallen allein bei wirksamer Einwilligung.⁸⁷

Die Suspendierungswirkung einer formal wirksam erteilten Einwilligung, hier der gesetzlichen Vertreter, setzt also voraus, dass es sich um die Zustimmung zu einer Sterilisation i.S.v. § 1631c BGB handeln kann. Wenn die Gabe von gegen Geschlechtlicher Hormonen wegen der damit notwendig verbundenen Wirkungen (partieller oder vollständiger Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit) als „Sterilisation“ gelten, unterfiele dieser Baustein transaffirmativer medizinischer Maßnahmen bei Minderjährigen zugleich der Vorschrift des § 1631c BGB mit der Folge der Geltung der gesetzlich angeordneten Verfügungsgrenze. Die Einwilligung der gesetzlichen Vertreter wäre unwirksam, Folge ein Behandlungsverbot und umfassendes Strafbarkeitsrisiko wegen Körperverletzung für Ärzte (sogleich unten V. 3.). Etwas anderes könnte nur gelten, wenn § 1631c BGB so eng auszulegen wäre, dass die Vorschrift nur greift, wenn eine Sterilisation primäres Ziel und final angestrebt ist. Ob es zielgerichtet auf eine Sterilisation ankommen muss oder ob eine Behandlung jene auch als nur mittelbare Nebenfolge (nichtintendierter Nebeneffekt) einschließen kann, ist umstritten.

⁷⁵ Dimakopoulou/Seal, Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 38 (2024), 101908.

⁷⁶ Zepf u.a., Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 52 (2024), 167 (170); Zepf u.a. (Fn. 15), S. 91.

⁷⁷ Glinborg u.a., European Journal of Endocrinology 185 (2021), R49.

⁷⁸ Reckhow/Kula/Babayev, Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism 14 (2023), 20420188231178371.

⁷⁹ Klipstein/Kelly/Lalwani, Archives of Gynecology and Obstetrics 310 (2024), 1889.

⁸⁰ Vgl. S2k-Leitlinie der AWMF (Fn. 2).

⁸¹ Carmichael u.a., PLoS One 16 (2021), e0243894.; Wiepjes u.a., Journal of Sexual Medicine 15 (2018), 582; De Vries u.a., The Journal of Sexual Medicine 8 (2011), 2276.

⁸² Cheng u.a., Translational Andrology and Urology 8 (2019), 209.

⁸³ BGBl. I 1990, S. 2002.

⁸⁴ Kemper (Fn. 51), § 1631c Rn. 1; Huber (Fn. 51), § 1631c Rn. 1.

⁸⁵ Sternberg-Lieben, in: Tübinger Kommentar, Strafgesetzbuch, 31. Aufl. 2025, § 226 Rn. 1.

⁸⁶ Hardtung, in: Erb/Schäfer (Hrsg.), Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch, Bd. 1, 5. Aufl. 2024, § 18 Rn. 46. Allein über das Vorliegen von § 224 Abs. 1 Nr. 2 StGB (gefährliche Körperverletzung) wird nur insoweit gestritten, dass sie nicht mit dem Einsatz medizinischer Arbeits-Gerätschaften erfüllt werden könne, Eschelbach, in: v. Heintschel-Heinegg/Kudlich (Hrsg.), Beck'scher Online-Kommentar, Strafgesetzbuch, Stand: 1.5.2025, § 224 Rn. 28.1 ff.; LG Köln NJW 2012, 2128 (2128 Rn. 10); dagegen: BGH, Urt. v. 19.12.2023 – 4 StR 325/23, Rn. 25, 27, 29; OLG Karlsruhe NSTZ 2022, 687 (687 Rn. 7); Hardtung (Fn. 3), § 224 Rn. 50.

⁸⁷ Hardtung (Fn. 3), § 224 Rn. 50.

3. Gabe gegengeschlechtlicher Hormone als Fall von § 1631c BGB?

Kemper definiert Sterilisation als „jede Maßnahme, durch die die Zeugungs- oder Gebärfähigkeit dauerhaft beseitigt wird“.⁸⁸ Sowohl mechanische als auch biochemische Eingriffe seien grundsätzlich erfasst.⁸⁹ Ob dazu ein Eingriff in den Körper erforderlich ist, sei unerheblich, auch die Möglichkeit einer Wiederherstellung der Fortpflanzungsfähigkeit unbeachtlich.⁹⁰ Aus § 1830 Abs. 2 S. 3 BGB werde deutlich, dass eine Sterilisation i.S.v. § 1830 Abs. 1 BGB auch dann vorliegt, wenn eine Wiederherstellung der Fortpflanzungsfähigkeit möglich ist.⁹¹ Denn nach dem weiten Schutzzweck der Norm unterfallen sämtliche Maßnahmen, die – gleich in welcher Form – objektiv zu einem partiellen oder vollständigen Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit führen, dem Schutzbereich.⁹² Danach käme es nicht darauf an, ob die eingetretene Wirkung nur die „sekundäre“, nicht intendierte Folge des Eingriffs bildete.⁹³

Nach Kerscher ist Sterilisation i.S.d. § 1631c BGB hingegen nur die auf Aufhebung der Fortpflanzungsfähigkeit durch gezielt „gerichtete operative“ Unterbrechung oder Unbrauchbarmachung der Samen- oder Eileiter und ohne Beeinträchtigung sonstiger Körperfunktionen (z.B. Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr) zielende Maßnahme.⁹⁴ Der Eingriff muss, um als Sterilisation zu gelten, „den Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit (final) bezwecken“.⁹⁵ Ärztliche Eingriffe, die das Risiko eines Verlustes der Fortpflanzungsfähigkeit als Nebenfolge (nichtintendierten Nebeneffekt) in sich tragen, gelten danach nicht als Sterilisation.⁹⁶ Diese Konsequenz gälte für die Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen, die eine Sterilisation nur als nichtintendierten Nebeneffekt zur Folge haben, nicht. Ein Einwilligungsausschluss zu Lasten der gesetzlichen Vertreter läge nicht vor. Bisher zu wenig beachtet, hängt die Entscheidung, ob die Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen wegen ihrer möglichen Sterilisationswirkung § 1631c BGB unterfällt, also vom Normzweck der Vorschrift und der daraus folgenden maßgebenden Auslegung ab.

a) Weite Auslegung: Sterilisation im „weiteren“ Sinne

Ausweislich der Gesetzesmaterialien ist eine weite Auslegung der Vorschrift⁹⁷ nicht unplausibel: „Der Grund dieser Regelung ist – nicht zuletzt vor dem Hintergrund historischer Erfahrungen während der Zeit der nationalsozialistischen

Diktatur – zum einen darin zu sehen, dass eine Umgehung der engen Sterilisationsvoraussetzungen des § 1830 BGB über die ‚vorsorgliche‘ Sterilisation vor Erreichen der Volljährigkeit verhindert werden soll.“⁹⁸

Die Entwicklung Minderjähriger sei gerade noch nicht abgeschlossen.⁹⁹ Die Erforderlichkeit einer Sterilisation und deren – physische oder psychische – Folgen ließen sich daher bei Minderjährigen nicht vollumfänglich und nur unsicher hinsichtlich aller Konsequenzen einschätzen.¹⁰⁰ Eine im Gesetzgebungsverfahren diskutierte (!) Ausnahmeregelung einer möglichen Einwilligung durch Dritte, insbesondere durch die Kindeseltern (bzw. gesetzlichen Vertreter),¹⁰¹ wurde nicht Gesetz. Richtet man den Blick mithin allein auf die Folgen der Maßnahme, so bewirkt sie einen Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit¹⁰² ebenso wie eine (bezweckte bzw. gezielte) Sterilisation.

Dass der Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit bei der Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen nicht die intendierte bzw. gewünschte¹⁰³, sondern allenfalls notwendige Nebenfolge ist, spricht nicht gegen die weite Auslegung. Weder kommt es im Zivilrecht auf Formen der Finalität an, noch hier für die schwere Körperverletzung, für die hinsichtlich des Verlusts der Fortpflanzungsfähigkeit Fahrlässigkeit genügt.¹⁰⁴ Teleologisch steht dem Grundrechtsträger im liberalen Rechtsstaat grundsätzlich ein umfassendes Selbstzerstörungs- und sogar Selbsttötungsrecht zu.¹⁰⁵ Er darf auf Grundrechtsschutz verzichten. § 1631c BGB schützt Minderjährige vor Behandlungen, die ihn trotz formal wirksam erteilter Einwilligung in einer Weise schädigen, dass sie strafrechtlicher Regulierung bedürfen: wenn Eltern in eine Sterilisation einwilligen. Solche „weich paternalistischen“ Normen sind im liberalen Rechtsstaat nicht unproblematisch, aber begründbar. Das Recht enthält auch an anderer Stelle Einwilligungssperren, die formal wirksam erteilte Autorisierungen durch den Rechtsgutträger suspendieren: Zentralbeispiele sind § 216 StGB (Tötung auf Verlangen) und § 228 StGB (Sittengrenze).¹⁰⁶

⁸⁸ Kemper (Fn. 51), § 1830 Rn. 3; Spickhoff (Fn. 49), BGB § 1631c Rn. 1 f.

⁸⁹ Brilla, in: Artz u.a. (Hrsg.), Beck'scher Online-Großkommentar, BGB, Stand: 1.7.2025, § 1830 Rn. 17.

⁹⁰ Kemper (Fn. 51), § 1830 Rn. 3.

⁹¹ Brilla (Fn. 89), § 1830 Rn. 18.

⁹² Spickhoff (Fn. 49), BGB § 1631c Rn. 2.

⁹³ Spickhoff (Fn. 49), BGB § 1631c Rn. 2.

⁹⁴ Kerscher (Fn. 49), § 1631c Rn. 4–6.1.

⁹⁵ Kerscher (Fn. 49), § 1631c Rn. 4–6.1.

⁹⁶ Veit/Schmidt (Fn. 51), § 1631c Rn. 4; Salgo, in: Staudinger, BGB Kommentar, 2020, § 1631c Rn. 7; Kerscher (Fn. 49), § 1631c Rn. 6, 6.1.

⁹⁷ Spickhoff (Fn. 49), BGB § 1631c Rn. 1 f.

⁹⁸ BT-Drs. 11/4528, S. 73, 76.

⁹⁹ BT-Drs. 11/4528, S. 76.

¹⁰⁰ World Health Organization, Eliminating forced, coercive, and otherwise involuntary sterilization: An Interagency Statement, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, WHO, 2014, abrufbar unter <https://iris.who.int/handle/10665/112848> (5.9.2025).

¹⁰¹ BT-Drs. 11/4528, S. 53.

¹⁰² Meyer/Boczek/Bojunga, DÄBl. 43/2020, 725 (726) im Kasten.

¹⁰³ Zepf u.a., Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 52 (2024), 167 (170); Cheng u.a., TAU 3/2019, 209 (211).

¹⁰⁴ Sternberg-Lieben (Fn. 85), § 226 Rn. 8; Hardtung (Fn. 3), § 226 Rn. 3, 41, 45.

¹⁰⁵ BVerfG BeckRS 2020, 2216 Rn. 210.

¹⁰⁶ Eser/Sternberg-Lieben, in: Tübinger Kommentar (Fn. 85), § 216 Rn. 15; Rissing van Saan, in: Cirener/Radtke/Rissing-van Saan/Rönnau/Schluckebier (Hrsg.), Leipziger Kommen-

Art. 1 GG lässt ein verfassungsrechtliches Menschenbild erkennen, das stark von der Achtung eines selbstbestimmten Lebensentwurfes und Autonomie geprägt ist.¹⁰⁷ Zwar ist es nicht Aufgabe des Strafrechts, bestimmte moralische Vorstellungen zu schützen, umgekehrt muss es sich indes nicht vor jedem noch so vorübergehenden Wunsch Einzelner respektvoll zurückziehen.¹⁰⁸ Hoerster gesteht der Strafrechtsordnung zu, den Einzelnen immer dann vor Schädigungen zu bewahren, wenn dessen eigene *dauerhafte* Interessen dieses erfordern.¹⁰⁹ Ein punktueller, völlig irrationaler Wunsch, etwa zur Entfernung aller Zähne¹¹⁰, ist (nur) in geringerem Maße berücksichtigungsfähig. Ein Indiz für eine solche Betroffenheit *dauerhafter* Interessen ist eine gravierende objektive Disproportion von Nutzen und Nachteil bzw. Risiken. Damit spielen der potentielle Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit und die unzureichende Studienlage eine entscheidende Rolle. Mit welchen Kriterien eine Einwilligungsfähigkeit beim Minderjährigen im Allgemeinen festgestellt werden kann, ist ungeklärt.¹¹¹ Was das Bevormundungsargument daneben plausibel macht, ist, dass das Interesse an der Fortpflanzung erst in oder nach der Pubertät entsteht.¹¹² Zwölfjährige können vermutlich nicht verlässlich über das Haben eines Kinderwunsches urteilen, wenn sie noch gar nicht geschlechtsreif sind. Stattdessen dominieren in dieser Phase womöglich punktuelle Wünsche nach optischen und ästhetischen Veränderungen des eigenen Erscheinungsbildes. Der mögliche langfristige Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit spielt zeitlich (noch) eine untergeordnete Rolle. Ihr Erhalt aber ist ein dauerhaftes Interesse bis zu dem Zeitpunkt, an dem in urteilsfähigem Zustand darüber entschieden werden kann. Diesem Interesse droht mit hoher Wahrscheinlichkeit ein irreversibler Schaden, wenn die Gabe gegengeschlechtlicher Hormone erfolgt. Dem Staat erwächst daraus die Befugnis zur Schaffung von Verbotsnormen.¹¹³ Danach besteht ein Strafbarkeitsrisiko wegen §§ 223, 226 StGB, weil die Gabe gegengeschlechtlicher Hormone als Sterilisation i.w.S. angesehen werden kann, um Minderjährige vor Verlust zu schützen.

tar, StGB, Bd. 11, 13. Aufl. 2023, § 216 Rn. 10; *Grünwald* (Fn. 3), § 228 Rn. 1.

¹⁰⁷ *Herdegen*, in: Dürig/Herzog/Scholz, Grundgesetz, Kommentar, 106. Lfg., Stand: Oktober 2024, Art. 1 Rn. 28.

¹⁰⁸ *Müller-Mattheis/Bonte/Ackermann*, Akt. Urol. 19 (1988), 325 (326) m. Verweis auf *Hoerster*.

¹⁰⁹ *Müller-Mattheis/Bonte/Ackermann*, Akt. Urol. 19 (1988), 325 (326); *Hoerster*, Sterbehilfe im säkularen Staat, 1998, S. 28 ff.

¹¹⁰ BGH, Urt. v. 22.2.1978 – 2 StR 372/77 = BeckRS 1978, 109173 = NJW 1978, 1206 f.

¹¹¹ *Schrott*, medstra 2021, 358 (365 f.).

¹¹² WHO-Regionalbüro für Europa und BZgA, Standards für die Sexualaufklärung in Europa, Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten, 2011, S. 29.

¹¹³ *Wapler*, in: Dreier, Grundgesetz Kommentar, Bd. 1, 4. Aufl. 2023, Art. 1 Abs. 1 Rn. 122 m.w.N.

b) Ausnahmen

Gleichwohl werden in anderen Fällen Ausnahmen zu § 1631c BGB anerkannt. Weil die Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen allenfalls mittelbar sterilisiert, ist zu fragen, ob vergleichbar auch hier eine anzuerkennende Ausnahme vorliegt.

aa) Intersexualität

§ 1631e BGB erlaubt in engen Grenzen Maßnahmen, die das Ziel verfolgen (bzw. bezwecken), geschlechtliche Eindeutigkeit bei Intersexualität herbeizuführen.¹¹⁴ Eine solche Maßnahme bedarf grundsätzlich der vorherigen familiengerichtlichen Genehmigung sowie einer unabhängigen Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission. Die Entscheidung darf nur getroffen werden, wenn sie dem Kindeswohl entspricht und die betroffene minderjährige Person – abhängig von Alter und Reife – in die Entscheidungsfindung einbezogen wurde. Zu beachten ist, dass nicht alle intersexuellen Personen von vornherein über eine funktionale Fortpflanzungsfähigkeit verfügen, sodass nur ein vergleichsweise kleiner Teil durch medizinisch geschlechtszuweisende Eingriffe tatsächlich die Möglichkeit zur Fortpflanzung verliert; zudem führt nicht jeder dieser Eingriffe zwangsläufig zu einem Verlust einer vorher vorhandenen Fortpflanzungsfähigkeit. Anlass der Vorschrift war es, an gesunden Kindern, die weder eindeutig dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden konnten, nicht erforderliche medizinische Behandlungen, nur um eine „eindeutige“ Geschlechtszuweisung im Sinne des binär geprägten Gesellschaftsbildes zu generieren, zu regulieren.¹¹⁵ In diese kann man unter Beteiligung des Familiengerichts und einer Kommission einwilligen, auch wenn dadurch der Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit herbeigeführt wird.

Bei Maßnahmen zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie handelt es sich hingegen um eine grundlegend andere Situation. Anders als bei körperlich objektivierbaren Symptomen im Sinne einer Intersexualität, liegt hier ein subjektives Erleben vor: das Empfinden, sich im falschen Körper zu befinden. Die Diagnose stützt sich dabei ausschließlich auf die Selbstaussagen der betroffenen Minderjährigen; objektive oder überprüfbare klinische Marker existieren nicht (Details siehe oben I.).¹¹⁶ Dieser Fall wurde weder in § 1631e BGB noch im neuen Selbstbestimmungsgesetz integriert. § 1631e BGB trifft demnach keine Aussage zur Geschlechtsdysphorie.

¹¹⁴ *Huber* (Fn. 51), § 1631c Rn. 4; *Veit/Schmidt* (Fn. 51), § 1631c Rn. 4; *Kerscher* (Fn. 49), § 1631c Rn. 6.

¹¹⁵ *Schwedler*, in: Artz u.a. (Hrsg.), Beck'scher Online-Großkommentar, BGB, Stand: 1.7.2024, § 1631e Rn. 2; *Veit/Schmidt* (Fn. 51), § 1631e Rn. 1; *Huber* (Fn. 51), § 1631e Rn. 1 ff.

¹¹⁶ *Preuss*, Geschlechtsdysphorie, Transidentität und Transsexualität im Kindes- und Jugendalter, 2021, S. 20 f.

bb) Medizinisch indizierte lebensnotwendige Maßnahmen

Nicht § 1631c BGB unterfallen, sollen weiter „Bestrahlungen“, die „operative Entfernung von Keimzellen“, z.B. zur Behandlung eines Hodenkarzinoms oder die Behandlung einer Bauchhöhlenschwangerschaft.¹¹⁷ Hier sei der Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit zwar „sekundäre Folge der Heilbehandlung“¹¹⁸, dient aber Lebensschutzinteressen. § 1631c BGB soll also nicht für Maßnahmen greifen, die dem Lebenserhaltungs- oder vitalen Gesundheitsinteresse der Minderjährigen (Betroffenen) dienen.¹¹⁹ Andernfalls könnten Ärzte medizinisch notwendige, lebenserhaltende Behandlungen nicht mehr durchführen. Die Einwilligung in das Leben sichernde Maßnahmen muss demnach erlaubt sein; dem verfassungsrechtlich legitimierten Schutzgut Leben kommt nach Art. 2 Abs. 2 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG ein höheres Gewicht zu als der körperlichen Unversehrtheit und reproduktiven Freiheit.¹²⁰

c) Gegengeschlechtliche Hormone im Lichte eines Abwägungsmodells

Entscheidend für die hier gestellte Frage, ob die Gabe gegen geschlechtlicher Hormone trotz ihrer möglichen Sterilisationswirkung dem Schutz höherwertiger Rechtsgüter dient und eine Abwägung zu Gunsten medizinischer Maßnahmen erlaubt,¹²¹ ist mithin eine Wertbestimmung oder (eine Art) Rechtsgüterskalierung. Allerdings lässt sich aus der Verfassung allenfalls eine schwache Güterskalierung ableiten: An der Spitze stehen die Würde des Menschen und das Leben, erst danach körperliche Unversehrtheit, Selbstbestimmung, reproduktive Freiheit (Fortpflanzung), Ehre, Eigentum, usw.¹²² Vor dem Hintergrund der unklaren Studienlage, der diagnostischen Unsicherheiten und der fehlenden Nachweise für eine positive, inklusive suizidpräventive Wirkung transaffirmativer Maßnahmen (Details siehe oben bei I.) erscheint ein genereller Ausschluss vom Anwendungsbereich des § 1631c BGB nicht gerechtfertigt. Vielmehr spricht die aktuelle Evidenz dafür, solche Eingriffe nur unter strengen Voraussetzungen zuzulassen. Diese Einschätzung teilte auch der 128. Deutsche Ärztetag 2024, der in einem Beschluss die Bundesregierung aufforderte, „Pubertätsblocker, geschlechtsumwandelnde Hormonbehandlung oder ebensolche Operationen bei unter 18-jährigen Personen mit Geschlechtsinkon-

gruenz (GI) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) nur im Rahmen kontrollierter wissenschaftlicher Studien und unter Hinzuziehen multidisziplinärer Teams sowie einer klinischen Ethikkommission und nach abgeschlossener medizinischer und insbesondere psychiatrischer Diagnostik und Behandlung eventueller psychischer Störungen zu gestatten.“¹²³ Die Maßgabe des Ärztetags entspricht der Schutzrichtung in §§ 1631c und 1631e BGB und erlaubt deren Verwirklichung, insbesondere auch mit dem weiteren Blick auf die Genehmigung des Familiengerichts und die befürwortende Stellungnahme einer Kommission nach § 1631e Abs. 3–5 BGB. Für die studieneinschließende Behandlung und das Vorgehen (forschungsleitend) wäre danach eine differenziertere und individuellere Entscheidungsfindung auf der Grundlage einer gründlichen psychopathologischen Beurteilung, wie sie derzeit nur im jeweiligen Einzelfall möglich und verlässlich sind, eine denkbare Maßgabe. Sämtliche Erwägungsgründe sind dazu ausführlich zu dokumentieren. Alternative, weniger invasive (d.h. psychiatrische/psychotherapeutische) Behandlungen sind abzuwägen und im jeweiligen Einzelfall festzustellen, ob sie bzw. dass sie nicht zu einer Linderung des Leidens führen bzw. vorab nicht geführt haben.

Anders als etwa ein unbehandeltes Karzinom, das valide mit einem bestimmten Grad an Letalität einhergeht,¹²⁴ kann ein Anwendungsausschluss vorliegend also nicht gerechtfertigt erscheinen. Die von der rechtswissenschaftlichen Literatur bisher aufgegriffenen Ausnahmefälle¹²⁵ sind mit der Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen daher nicht funktional vergleichbar. Das Rechtsgut Leben ist mit unterschiedlicher Wahrscheinlichkeit kausal betroffen. Die derzeit nicht eindeutige Studienlage spricht vielmehr dafür, dass kein hinreichender Grund besteht, die Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen dem Verbot des § 1631c BGB zu entziehen.

d) Nichtbehandlung als (strafwürdiges) Unterlassen?

In seiner Ad-hoc-Erklärung wies nun aber der deutsche Ethikrat darauf hin, dass auch ein Nicht-Behandeln eine Schädigung darstellen könne.¹²⁶ In Fällen unsicherer Datenlage wie hier scheint sich ein Dilemma aufzudrängen: Entweder man behandelt auf der Grundlage unsicherer Daten, ohne zu wissen, welche gesundheitlich schädlichen Folgen durch die jeweilige Maßnahme drohen, oder man lässt Patienten unbehandelt und schadet eventuell durch Nichtverhinderung der Verfestigung und Intensivierung des Leids. Ärzte,

¹¹⁷ Salgo (Fn. 96), § 1631c Rn. 7; Preisner, in: Soergel, BGB, Kommentar, Bd. 19/2, 13. Aufl. 2017, § 1631c Rn. 12; Götz, in: Grüneberg, Bürgerlichen Gesetzbuch, Kommentar, 84. Aufl. 2025, § 1631c Rn. 1; Kern/Hiersche, MedR 1995, 463 (467).

¹¹⁸ Kerscher (Fn. 49), § 1631c Rn. 6.

¹¹⁹ Spickhoff (Fn. 49), BGB § 1631c Rn. 1, 3; Kerscher (Fn. 49), § 1631c Rn. 6, 6.1; Veit/Schmidt (Fn. 51), § 1631c Rn. 4.

¹²⁰ Kerscher (Fn. 49), § 1631c Rn. 6, 6.1; Spickhoff (Fn. 49), BGB § 1631c Rn. 1, 3.

¹²¹ Hardtung (Fn. 3), § 228 Rn. 18; Erb, in: Erb/Schäfer (Fn. 85), § 34 Rn. 130.

¹²² Erb (Fn. 121), § 34 Rn. 139; Roxin/Greco, Strafrecht, Allgemeiner Teil, Bd. 1, 5. Aufl. 2020, § 16 Rn. 29.

¹²³ DÄT-Dr Nr. Ic-48, 128. Deutscher Ärzte Tag, Mainz 07 – 10.05.2024, Beschlussantrag, S. 1 ff.; Zepf u.a., Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 52 (2024), 167.

¹²⁴ Geijteman u.a., BMJ 2024, 384, e076625.

¹²⁵ Kerscher (Fn. 49), § 1631c Rn. 6, 6.1; Spickhoff (Fn. 49), BGB § 1631c Rn. 3.

¹²⁶ Deutscher Ethikrat, Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen, Ad-Hoc-Empfehlung, S. 3, abrufbar unter <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-trans-identitaet.pdf> (5.9.2025).

die (noch) keinen Behandlungsvertrag abgeschlossen haben, haben grundsätzlich keine Garantenpflicht nach § 13 StGB inne und sind jedenfalls im Kontext unechten Unterlassens nicht zur Verhinderung der Pubertät oder Veränderungen des Körpers durch andere transaffirmative medizinische Maßnahmen verpflichtet. Des Nachweises bedürfte aber auch insoweit, ob für den Fall der Nicht-Gabe eine konkrete, nur durch transaffirmative medizinische Maßnahmen behebbar Lebensgefahr für die Minderjährigen drohte, die man dadurch abwenden müsste, die Gabe nicht § 1631c BGB unterfallen zu lassen. Andernfalls fehlt es an der erforderlichen (Quasi-)Kausalität des Unterlassens; also aufgrund der Studienlage gerade hier.

e) Zwischenergebnis

Die Gabe gegengeschlechtlicher Hormone ist ein Fall der Sterilisation i.w.S. und als solche vom Schutzzweck des § 1631c BGB erfasst. Es bedarf zu dessen Ausschluss im jeweiligen Einzelfall der umfassenden Abwägung und Dokumentation; zur Legalisierung der Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen bedarf es der Feststellung, dass nach einer umfassenden und sorgfältigen Einzelfallabwägung unter Einbezug multipler Perspektiven und Expertisen bei der Einschätzung der Wahrscheinlichkeiten im konkreten Fall der mögliche Nutzen (vermeintliche durch die Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen verursachte Abwendung von Suizidgefahr und Lebensschutz¹²⁷) die denkbar möglichen Schäden (Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit) überwiegt. Aufgrund des verfassungsrechtlich hohen Guts der geschlechtlichen Selbstbestimmung einerseits und der reproduktiven Freiheit und des Rechts auf Fortpflanzung andererseits, gilt es daher, im Einzelfall zwischen einem möglichen „Schaden durch aktives Tätigwerden“ und einem „Schaden durch Abwarten“ im Rahmen eines dialogischen Prozesses und im Rahmen eines multiprofessionellen Diagnostik- und Behandlungskonzeptes abzuwägen. Für den Abwägungsprozess relevant ist, dass aufgrund der Ergebnisse neuerer, qualitativ hochwertiger Studien eine engmaschige psychotherapeutische Begleitung und Behandlung koexistierender psychischer Probleme bis hin zum Vollbild einer Störung gegenüber transaffirmativen medikamentösen Maßnahmen ein gerade wirksames, aber milderer, Mittel darstellt; die Option „Zuwarten“ mithin nicht gleichzusetzen ist mit „Nichtstun“. Für den Abwägungsprozess lassen sich außerdem Entwicklungen in anderen europäischen und auch außereuropäischen Ländern jedenfalls als Orientierungshilfe heranziehen. Um den etablierten Standards der evidenzbasierten Medizin gerecht zu werden, sind prospektive Längsschnittstudien und qualitativ hochwertige klinische Studien – auch wenn beide nur unter besonders schwierigen Grundvoraussetzungen und erheblichen rechtlichen Einschränkungen durchzuführen sind – dringend zu entwickeln und erforderlich, um die längerfristigen Folgen der Geschlechtsdysphorie und verschiedener

¹²⁷ Hier nicht explizit diskutiert ist damit, welche anderen Maßnahmen ein vermeintlich erhöhtes Suizidrisiko senken könnten. Das muss aus Platzgründen einem anderen Beitrag vorbehalten bleiben.

Behandlungsoptionen bei Minderjährigen zukünftig besser bewerten zu können.

IV. Operative geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie

Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie werden gegenwärtig – auf Selbstzahlerbasis – gesunde Körperteile amputiert, und zwar auch ohne Indikationsgutachten lediglich auf Wunsch der Patienten sowie mit Einwilligung der Minderjährigen oder der Erziehungsberechtigten.¹²⁸ Nur in *bestimmten Fällen* wird ein Gutachten von Psychologen oder Fachärzten benötigt. Auch in anderen Ländern – darunter Thailand, Australien, Iran (aber aus anderen Gründen als in westlichen Ländern), Kanada (in bestimmten Provinzen), die USA (in einigen Bundesstaaten) und die Niederlande – sind geschlechtsangleichende Operationen für Minderjährige mit Geschlechtsdysphorie unter spezifischen Bedingungen möglich.¹²⁹ Weltweit betonen medizinische Leitlinien, dass irreversible operative Maßnahmen (unabhängig vom Alter) erst nach umfassender Diagnostik und eingehender psychotherapeutischer Begleitung, einer stabilen, subjektiv empfundenen Geschlechtsidentität sowie nach einer mehrjährigen Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen erfolgen sollten.¹³⁰ Risiken

¹²⁸ Vgl. Informationen des Sana Krankenhauses Gerresheim zu geschlechtsaffirmierender Brustchirurgie, abrufbar unter <https://www.sana.de/duesseldorf-gerresheim/medizin-pflege/zentrum-fuer-transgenderchirurgie-sowie-postbariatrische-chirurgie-adipositas-straffungsoperationen-liposuktion-lipoedem/mastektomie-bei-frau-zu-mann-fzm> (5.9.2025); Informationen der plastischen Chirurgie Medienhafen/Düsseldorf, abrufbar unter <https://www.plastische-chirurgie-medienhafen.de/transgender-chirurgie.html> (5.9.2025).

¹²⁹ ILGA World Trans Legal Mapping Report 2019, vgl. <https://ilga.org/ilga-world-maps/> (5.9.2025); vgl. nur zu den Voraussetzungen in Kanada <https://novascotia.ca/dhw/gender-affirming-care/>; in Thailand <https://www.transgendersurgerythailand.com/transgender-surgery.html>;

in den Niederlanden: Federatie Medisch Specialisten, 2019; Kwaliteitsstandaard transgenderzorg – somatisch, Richtlijndatabase, abrufbar unter https://richtlijndatabase.nl/uploaded/docs/Kwaliteitsstandaard_Transgenderzorg_Somatisch.pdf (5.9.2025);

in Australien: Telfer u.a., Australian Standards of Care and Treatment Guidelines for Trans and Gender Diverse Children and Adolescents. Version 1.3. Royal Children's Hospital Melbourne (2018), abrufbar unter <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf> (5.9.2025).

¹³⁰ Telfer u.a. (Fn. 129); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-

umfassen allgemeine OP-Komplikationen wie Infektionen, Wundheilungsstörungen oder Sensibilitäts- bzw. Funktionsverlust.¹³¹ Genitaloperationen schließen eine spätere biologische Elternschaft in der Regel endgültig aus.¹³² Die entsprechenden geschlechtsangleichenden operativen Eingriffe können in zwei Hauptkategorien unterteilt werden: Brustoperationen (Mastektomie und Brustaufbauoperationen) und genitale Angleichungen (Neovagina oder Penoidaufbau).¹³³

1. Studienlage, Vorkommen und medizinische Modalitäten

Eine Schwangerschaft erfordert Eierstöcke zur Produktion von Eizellen, Eileiter zu Befruchtung und Transport der Eizelle, die Gebärmutter zur Einnistung und Entwicklung des Embryos sowie die Vagina als Geburtskanal,¹³⁴ sonst sind natürliche Empfängnis und Geburt ausgeschlossen.¹³⁵ Bestehende Fortpflanzungsbarrieren lassen sich nur mittels assistierter Reproduktionstechnologie (ART, engl. Assisted Reproductive Technology) überwinden, nicht funktionstüchtige Fortpflanzungsorgane (-teile) kaum ersetzen.¹³⁶ Mittels In-vitro-Fertilisation (IVF) werden die Eileiter umgangen,¹³⁷ Eierstöcke und Gebärmutter bleiben dagegen für den Behandlungserfolg unerlässlich.¹³⁸ Fehlende oder funktionsunfähige Eierstöcke lassen sich ihrerseits durch eine Eizellenspende ersetzen, sofern eine funktionsfähige Gebärmutter vorhanden ist.¹³⁹ Eine Gebärmuttertransplantation bleibt schließlich eine

noch seltene, aber mögliche Technik,¹⁴⁰ bedarf aber der gesunden, transplantierbaren Organe.¹⁴¹ Vor allem kann wegen der in Deutschland geltenden Verbote der Eizellspende und Leihmutterchaft für die Fortpflanzungsfähigkeit hierauf nicht verwiesen werden.¹⁴²

Insbesondere finden aber im Zuge von geschlechtsangleichenden Operationen unabhängig von der Fortpflanzungsfähigkeit chirurgische Anpassungen (mit wechselseitigen Wirkungen auf die Fortpflanzungsfähigkeit) statt.¹⁴³ Eine Hysterektomie kann Teil transaffirmativen medizinischer Maßnahmen bei Geschlechtsdysphorie sein.¹⁴⁴ Für diese Maßnahme entscheidet sich, wer das Fortbestehen der Gebärmutter als dysphoriefördernd empfindet.¹⁴⁵ Durch die Gabe von Testosteron bedingte Atrophie der Gebärmutter Schleimhaut oder ein erhöhtes Risiko für bestimmte gynäkologische Erkrankungen können die Indikation einer Hysterektomie begründen.¹⁴⁶ In vielen Fällen wird der Eingriff mit einer Oophorektomie kombiniert, um die Hormonproduktion der Eierstöcke zu unterbinden.¹⁴⁷ Daher ist vor einem solchen Eingriff eine umfassende Beratung über die Fortpflanzungsfähigkeit erhaltende Maßnahmen, wie z.B. Kryokonservierung von Eizellen oder Spermien, unerlässlich. Allerdings gelten für eine Kryokonservierung im Vorfeld operativer Maßnahmen dieselben Einschränkungen wie im Vorfeld der Gabe von Pubertätsblockern oder gegengeschlechtlicher Hormone: Ist die Keimzellreifung infolge früherer Behandlungen nicht erfolgt oder medizinisch nicht mehr möglich, sind die Erfolgsaussichten deutlich bis vollständig reduziert (Details siehe oben IV. 1.).

Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung, 9.10.2018, abrufbar unter

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/138-001.html>

(5.9.2025); zu den Schwierigkeiten der Diagnostik und prognostischen Einschätzung (siehe oben II.).

¹³¹ *Wiepjes u.a.*, *Journal of Sexual Medicine* 15 (2018), 582; *Bishop/Morgan-Daniel/Alappattu*, *Physical Therapy* 103 (2023), pzd045.

¹³² *Boedeker u.a.*, *Obstetrics & Gynecology* 145 (2025), e136.

¹³³ *Bishop/Morgan-Daniel/Alappattu*, *Physical Therapy* 103 (2023), pzd045.

¹³⁴ *Francés-Herrero u.a.*, *Human Reproduction Update* 28 (6/2022), 798.

¹³⁵ *Francés-Herrero u.a.*, *Human Reproduction Update* 28 (6/2022), 798.

¹³⁶ TAB-Brief Nr. 38, abrufbar unter

<https://www.tab-beim-bundestag.de/news-2011-01-10-wunscherfuellung-durch-technik.php> (5.9.2025);

Tenchov/Zhou, *ACS Omega* 10 (2025), 22347.

¹³⁷ *Beck/Freundl*, *Der Gynäkologe* 2009, 305 (306); *Kentenich/Sibold/Tandler-Schneider*, *Bundesgesundheitsblatt* 2013, 1653 (1653).

¹³⁸ *Beck/Freundl*, *Der Gynäkologe* 2009, 305 (306).

¹³⁹ Problematisch nach deutschem Recht ist freilich, dass dem derzeit ein umfassendes Eizellspende-Verbot entgegensteht, § 1 Abs. 1 Nr. 1 ESchG; dazu *Müller-Terpitz*, in: Spickhoff (Fn. 49), ESchG § 1 Rn. 5; *Häberle*, in: Erbs/Kohlhaas, *Strafrechtliche Nebengesetze*, 240. Lfg., Stand: April 2022, ESchG § 1 Rn. 2, 3; usw. Zur Kritik an der gesetzlichen Lage vgl. nur KOMrSF-Bericht (2024), Teil 2, S. 347 ff.; ausführlich dazu *Wapler*, in: Baer/Sacksofsky (Hrsg.), *Autonomie im*

Recht – Geschlechtertheoretisch vermessen, 2018; *Klein*, *Reproduktive Freiheiten*, 2023, S. 288 ff.

¹⁴⁰ *Pereira u.a.*, *Diseases* 13 (2025), 152.

¹⁴¹ *Reinert*, *MedR* 2021, 444 ff.; *Eberbach*, *MedR* 2020, 167 ff.; *Kreß*, *MedR* 2016, 242 ff.; *Coester-Waltjen/Gernhuber*, in: Gernhuber/Coester-Waltjen, *Familienrecht*, 7. Aufl. 2020, § 53 Rn. 1 ff. Die Geburt erfolgt meist per Kaiserschnitt, da die transplantierte Gebärmutter oft nicht für eine vaginale Geburt belastbar ist.

¹⁴² Zur gesetzlichen Lage KOMrSF-Bericht (2024), Teil 2, S. 347 ff.; Zur Lage im Ausland KOMrSF-Bericht (2024), Teil 2, S. 424 ff.; altruistische Leihmutterchaft in Belgien, Griechenland, Vereinigtes Königreich, Niederlande, Portugal und Zypern; kommerzielle Formen der Leihmutterchaft in Georgien, Ukraine, Russland, einige US-Staaten, insbesondere Kalifornien; *Schramm*, in: Schramm/Wermke (Hrsg.), *Leihmutterchaft und Familie*, 2018, S. 61 ff.; *Wörner*, *NSW II/III* 2025, 129 ff.

¹⁴³ *Diesselhorst* (Fn. 74), S. 23 f.; *Schrott*, *Intersex-Operationen*, 2020, S. 114 ff.

¹⁴⁴ *Lee Cruz u.a.*, *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 31 (2024), 265.

¹⁴⁵ *Dominoni u.a.*, *Medicina* 60 (2024), 1095.

¹⁴⁶ *Hawkins u.a.*, *Fertility and Sterility* 115 (2021), 1312.

¹⁴⁷ Die Entscheidung für eine Hysterektomie erfolgt jedoch stets unter Berücksichtigung der individuellen medizinischen und psychischen Situation der betroffenen Person; *Gold u.a.*, *Reproductive Sciences* 28 (2021), 3515.

2. Rechtlicher Rahmen und etwaige Strafbarkeitsrisiken

Die operative Entfernung von Penis oder Gebärmutter, welche eine spätere biologische Elternschaft endgültig ausschließt, fällt unter die Einwilligungssperre des § 1631c BGB, weil sie invasiv und unmittelbar den Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit bewirkt. Sie sind an Minderjährigen unzulässig.

Anders zu beurteilen und in der Praxis häufiger gewünscht sind Eingriffe wie die Mastektomie oder Aufbauoperationen. Auch hier liegt ein invasiver Eingriff und damit unstreitig eine tatbestandsmäßige (gefährliche bzw. schwere) Körperverletzung (nach §§ 223 ff. StGB) vor, die nur gerechtfertigt wäre, wenn angesichts der Schranke in § 228 StGB (stellvertretend) wirksam eingewilligt werden könnte. Insoweit gilt oben Gesagtes: Die Grenze zur Sittenwidrigkeit dürfte unter Umständen da erreicht sein, wo – wie hier – erhebliche Gesundheitsgefahren (Infektionen, Wundheilungsstörungen oder Sensibilitäts- bzw. Funktionsverlust) drohen. Für die Sittenwidrigkeit von transaffirmativen operativen Maßnahmen, die nicht den Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit bewirken, spricht ein funktionaler Vergleich mit der Norm des § 1631e BGB, der für solche Maßnahmen in Fällen der Intersexualität hohe Hürden aufstellt.¹⁴⁸ Wollte man demgegenüber in Fällen der Geschlechtsdysphorie für operative transaffirmative Maßnahmen mangels gesetzlicher Fixierung nahezu keine materiellen oder verfahrensrechtlichen Hürden aufgestellt sehen, so läge darin eine Gefahr für das Kindeswohl. Eine analoge Anwendung von § 1631e BGB auf Fälle der Geschlechtsdysphorie verstieße zwar gegen das strikte strafrechtliche Analogieverbot (Art. 103 Abs. 2 GG, § 1 StGB).¹⁴⁹ Dennoch können transaffirmative operative Maßnahmen in Fällen der Geschlechtsdysphorie nicht grundlegend anders behandelt werden als in Fällen der Intersexualität und nicht in einen rechtsfreien Raum gestellt werden. Solange der Gesetzgeber diese Maßnahmen nicht regelt, ist Zurückhaltung geboten, die Grenze des § 228 StGB eher erreicht.

VII. Ausblick

Mit transaffirmativen medizinischen Maßnahmen sind die dauerhaften reproduktiven Interessen von Minderjährigen betroffen, die deshalb durch eine Einwilligungssperre (auch zu Lasten der Erziehungsberechtigten) Schutz verdienen.

Mangels stabiler Datenlage unterfällt dabei zwar die Gabe von sog. Pubertätsblockern selbst dem ausnahmslosen Sterilisationsverbot des § 1631c BGB im Zweifel (noch) nicht. Allerdings verbleibt ein erhebliches Strafbarkeitsrisiko, weil mit der nahezu stetig folgenden Weiterbehandlung mit gegen geschlechtlichen Hormonen der Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit droht. Das bleibt letztlich geeignet, die Voraussetzungen eines Gefahrverwirklichungszusammenhangs einer schweren Körperverletzung mit Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit (§ 226 Abs. 1 Nr. 1 StGB) zu begründen. Die Grenze zur Sittenwidrigkeit dürfte deshalb erreicht und eine Ein-

willigung ausgeschlossen sein, weil aktuelle Studien belegen, dass die bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie erhöhte Suizidalität entgegen früherer Annahmen dadurch nicht spezifisch und signifikant gesenkt wird (werden kann). Zwar wird die Sterilisationswirkung weder mit der Gabe gegen geschlechtlicher Hormone noch mit operativen geschlechtsangleichenden Maßnahmen angestrebt, sie ist aber nicht zu vermeiden und unterfällt deshalb nach der hier vertretenen Ansicht § 1631c BGB. Für Mastektomie oder Aufbauoperationen gilt die Grenze des § 228 StGB, die im Lichte des § 1631e BGB zu bewerten ist. Aufgrund der unsicheren wissenschaftlichen Datenlage fehlt eine tragfähige Grundlage, um einen Ausnahmefall anzunehmen, bei dem das gesetzliche Sterilisationsverbot des § 1631c BGB nicht greifen würde.

Einwilligungsfähige Behandlungsoptionen im Einzelfall sind derzeit nur in einem gezielten Forschungsrahmen möglich und ratsam; jenes Forschungsrahmens bedarf es auch dringend zur Entwicklung der derzeit fehlenden evidenzbasierten Datengrundlage. Nur dann können Behandlungen unter engmaschiger Kontrolle sichergestellt und zugleich gewährleistet werden, dass jedwede dem Behandlungsziel entgegenlaufenden Prozesse nicht nur sorgfältig datafiziert, sondern zur Verbesserung umgehend in den Forschungsrahmen eingebunden werden. Eine wirksame Einwilligung in die Behandlung durch die betroffenen Minderjährigen und/oder ihre gesetzlichen Vertreter kann allein unter diesen Maßgaben zulässig sein, ohne wegen der zumal unsicheren Diagnose inklusive Prognose bei Minderjährigen (unsichere Persistenz) die Einwilligungsgrenze des § 228 StGB zu überschreiten.

¹⁴⁸ Zu den Voraussetzungen im Einzelnen *Schrott*, *medstra* 2021, 358 (359 ff.).

¹⁴⁹ *Schmitz*, in: *Erb/Schäfer* (Fn. 86), § 1 Rn. 79; *Kargl*, in: *Kindhäuser/Neumann/Paeffgen/Saliger* (Hrsg.), *Nomos Kommentar, StGB*, Bd. 1, 6. Aufl. 2023, § 1 Rn. 70 ff.