

HAVE REAS

3/2025 S. 261 ff.

Zentrum für Haftpflicht-, Privat- und Sozialversicherungsrecht (HAVE)
Centre du droit de la responsabilité civile, des assurances privées et sociales (REAS)
Centro di diritto della responsabilità civile, delle assicurazioni private e sociali (REAS)
Centre for Civil Liability, Private and Social Insurance Laws (LIPS)

Forum / Forum

[Seite 261] Medizinische Behandlung von transgender Kindern

Rechtsfragen am Schnittpunkt von Individualität, Medizin, Familie und Gesellschaft

Sandra Hotz* / Nadège Salzmann**

Cet article explore les questions juridiques soulevées par la prise en charge médicale des enfants transgenres en Suisse, à la croisée du droit, de la médecine et de l'éthique. Il analyse les principes de capacité de discernement, d'autodétermination et de participation, en soulignant l'absence de seuil d'âge fixé par la loi pour la prise de décisions médicales dans les domaines hautement personnels. L'article distingue les traitements réversibles, partiellement réversibles et irréversibles, et plaide pour une évaluation au cas par cas fondée sur le consentement éclairé du mineur. Il appelle à une approche participative intégrant les parents et les professionnels de santé, dans le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant.

In diesem Beitrag werden die rechtlichen Fragen untersucht, die sich an der Schnittstelle von Recht, Medizin und Ethik aus der medizinischen Behandlung von Transkindern in der Schweiz ergeben. Er analysiert die rechtlichen Grundsätze der Urteilsfähigkeit, Selbstbestimmung und Partizipation und hebt hervor, dass es keine gesetzliche Altersgrenze für medizinische Entscheidungen in hochpersönlichen Bereichen gibt. Der Beitrag unterscheidet zwischen reversiblen, teilweise reversiblen und irreversiblen Behandlungen und plädiert für eine Einzelfallprüfung auf Grundlage der informierten Einwilligung des Minderjährigen. Zudem wird ein partizipativer Ansatz unter Einbeziehung der Eltern und der Gesundheitsfachpersonen gefordert, der dem Kindesinteresse Rechnung trägt.

I. Rechtsfragen zur medizinischen Behandlung von transgender Kindern

Ziel des Beitrags ist es, konkrete rechtliche Fragestellungen im Kontext der medizinischen Behandlung von jungen Personen darzulegen, die eine Angleichung ihres Körpers an die empfundene Geschlechtsidentität anstreben. In der Praxis zeigt sich, dass Kinder, Eltern und medizinische Fachpersonen die einschlägigen rechtlichen Rahmenbedingungen häufig nicht ausreichend kennen. So ist etwa die Annahme, ein Kind sei ab dem zwölften Lebensjahr regelmässig resp. auto [Seite 262] matisch urteilsfähig, unzutreffend.¹ Nach schweizerischem Recht entscheidet allein die Urteilsfähigkeit im Einzelfall – es existiert keine starre Altersgrenze (vgl. Art. 19c, Art. 16 ZGB; unten II).

Die Thematik wird im Kontext gesellschaftlicher Diskurse sowie unter medizinischen und ethischen Gesichtspunkten reflektiert (unten III). Der Umgang mit transgender Kindern und Jugendlichen ist zunehmend politisiert.² Eine rechtliche Perspektive kann zur Versachlichung beitragen, ohne zu verkennen, dass auch das Recht selbst politisch geprägt ist und Rechtskonzept wie Selbstbestimmung und Informed Consent stets kritisch zu

hinterfragen und in den Kontext gesetzt werden müssen. Zu begrüssen ist, dass die Nationale Ethikkommission der Schweiz (NEK/CNE) in ihren ethischen Leitlinien für die medizinische Praxis vom November 2024 insbesondere die gesellschaftliche Dimension und die damit verbundene Verantwortung thematisiert hat.³ Damit wird ein interdisziplinärer Rahmen gesetzt, der Medizin, Ethik und Gesellschaft miteinander verbindet.

Wenn Gender als gesellschaftliche Konstruktion verstanden wird – was heute mehrheitlich anerkannt ist⁴ – so können auch die Gender-Inkongruenz (gemäss ICD-11) sowie die Gender-Dysphorie (gemäss DSM-V) als gesellschaftlich mitverursachte Phänomene gelesen werden. Im medizinischen Diskurs und innerhalb der internationalen Diagnosesysteme wird nicht die Gender-Inkongruenz oder Gender-Dysphorie selbst als Krankheit definiert, sondern vielmehr das mit ihnen *verbundene Leiden*. Nur Letzteres kann unter Umständen eine medizinische Behandlung rechtfertigen. Nicht alle Betroffenen leiden, und nicht alle Leidenden wünschen eine medizinische Behandlung. Niemand darf zu einer medizinischen Intervention gezwungen werden, wenn kein entsprechender Wille besteht. Zugleich soll jenen, die eine Behandlung wünschen, diese auch ermöglicht werden – im Sinne der Linderung ihres Leidens.

II. Selbstbestimmungsrecht von Kindern und Jugendlichen als Norm

A. Selbstbestimmung, Informed Consent und Partizipation und weitere Begriffsklärungen

Ein *Kind* ist rechtlich jede Person unter 18 Jahren (Art. 1 UN-KRK⁵); eine rechtliche Definition von Jugendlichen existiert nur im Jugendstrafrecht. Da aber Kinder vor der Pubertät nicht von medizinischen Behandlungen betroffen sein werden, kann hier von Kindern ab Pubertät ausgegangen werden. Der Begriff *Eltern* steht hier vereinfachend für die gesetzliche Vertretung, die auch bei nur einem Elternteil oder anderen Personen liegen kann.

Selbstbestimmung bedeutet, dass ein Kind rechtlich wirksam allein entscheiden kann (Art. 12 ff., Art. 19c ZGB, Art. 11 BV, Art. 8 EMRK).⁶ Im medizinischen Kontext konkretisiert sich Selbstbestimmung durch die informierte Einwilligung (Informed Consent) – den zentralen rechtlichen Rechtfertigungsakt aus zivil-, straf- und disziplinarrechtlicher Sicht (Art. 28 Abs. 2 ZGB, Art. 111 ff. StGB, Art. 40 MedBG). Eine Einwilligung unter Druck ist ungültig (Art. 27 Abs. 2 ZGB, Art. 23 ff. OR). Der Beitrag verwendet bewusst den englischen Begriff zur besseren interdisziplinären Verständigung. Informed Consent und Selbstbestimmung setzen Urteilsfähigkeit voraus. Fehlt diese, ist die Entscheidung durch eine gesetzliche Vertretung zu treffen (Art. 304, 378 ff. ZGB) – ein Fall von Fremdbestimmung bzw. *Substitute Decision-Making*.

Partizipation ist ein Oberbegriff, der Aspekte wie Selbst- und Mitbestimmung, Anhörung, Information, Ernstgenommenwerden oder das Dabeisein eines Kindes umfasst. Sie steht ausserhalb der Dichotomie von Selbst- und Fremdbestimmung und ist nicht von Alter oder der Urteilsfähigkeit abhängig – auch wenn die Mitwirkungsmöglichkeiten vom Reifegrad abhängen (vgl. Art. 12 UN-KRK⁷).⁸ Das medizinische Konzept [Seite 263] des *Shared Decision-Making* gehört zu diesem Verständnis, begründet jedoch keinen Rechtsanspruch, da es vom Ermessen der Fachperson abhängt. Das Partizipationsrecht zielt zudem nicht zwingend auf eine konkrete Entscheidung und endet nicht mit der Zustimmung oder Ablehnung einer medizinischen Massnahme.

Zum Selbstbestimmungs- wie auch zum Partizipationsrecht gehört es gleichermassen, dass ein Kind, das an Genderdysphorie leidet, über eine gewisse Zeit hinweg informiert und begleitet wird, damit es lernt, selbstbestimmte Entscheidungen über sich treffen zu können. Dies wird als Befähigung zur Selbstbestimmung oder Autonomisierung bezeichnet. Wird dem Kind dabei gezielt eine unterstützende Person zur Seite gestellt, lässt sich dies als *Supported Decision-Making*⁹ verstehen – ein Konzept, das sich aus dem Partizipationsrecht ableiten lässt (vgl. unten D).

B. Urteilsfähigkeit von Kindern in der Rechtswissenschaft

1. Urteilsfähigkeit und deren Vermutung bei Kindern

Nach schweizerischem Recht ist die Urteilsfähigkeit der Normalfall (**Art. 16 ZGB**). Liegt ein gesetzlich vermuteter Ausschlussgrund – etwa das Kindesalter – vor, so bedeutet das nicht, dass im Kindesalter stets die Urteilsunfähigkeit vermutet werden kann, das mag höchstens bei *Kleinkindern* gelten.¹⁰ Der Gegenbeweis bleibt immer offen (**Art. 8 ZGB**). Die Urteilsfähigkeit ist ein Rechtsbegriff, dessen Beurteilung den Gerichten obliegt. In der Regel hält sich aber eine Behörde – soweit vorhanden – an die medizinische Beurteilung der Urteilsfähigkeit in der Praxis.¹¹

Die Urteilsfähigkeit von Kindern ist im Einzelfall und bezogen auf eine konkrete Handlung zum Zeitpunkt ihrer Vornahme zu prüfen – sie ist relativ. Rechtlich wird zwischen kognitiven und emotionalen Elementen unterschieden.¹² Entscheidend sind nicht das biologische Alter, sondern die Komplexität der Entscheidung, die Lebenserfahrung, Reflexionsfähigkeit sowie die emotionale und charakterliche Reife.¹³

Im medizinrechtlichen Kontext zeigt sich Urteilsfähigkeit in der Fähigkeit, eine informierte Entscheidung über eine medizinische Massnahme zu treffen – unabhängig davon, ob es um Zustimmung oder Ablehnung geht und wie schwerwiegend der Gesundheitszustand ist.¹⁴ Sie erfordert sowohl kognitives Verstehen und Abwägen als auch eine angemessene emotionale Willensbildung. Ein Kind, das *unter Druck* steht – etwa wegen schulischer Verpflichtungen oder familiärer Prägungen, die bestimmte Gefühle oder Bedürfnisse abwerten – kann emotional-charakterlich nicht urteilsfähig sein, selbst wenn es die medizinischen Informationen rational versteht.¹⁵

Für höchstpersönliche Rechte (s. unten **II.B.3.a.**) wird die Urteilsfähigkeit in der Regel grosszügig anerkannt¹⁶ – etwa beim Recht auf persönliche Beziehungen¹⁷ oder bei der Testierfähigkeit, sofern keine gegenteiligen Beweise vorliegen.¹⁸ Empirische Studien zeigen, dass Kinder ab etwa neun Jahren wohlüberlegte Entscheidungen treffen können, insbesondere bei vertrauten Themen.¹⁹

2. Wie wird die Urteilsfähigkeit des Kindes festgestellt?

Es gibt keine rechtlichen Bestimmungen, die festlegen, wie in der Praxis die Urteilsfähigkeit eines Kindes beurteilt werden soll. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat im Jahre 2019 Leitlinien zur Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis mit einer Checkliste in verschiedenen Sprachen entwickelt²⁰ und in der Praxis mag es zwar gewisse Altersrichtwerte²¹ oder spezifische internationale Standards (s. unten **III.A.1.**) geben, aber diese sind letztlich *nicht rechtsverbindlich*.

3. Fragen der Geschlechtsidentität und medizinische Angelegenheiten sind höchstpersönlicher Natur

a. Höchstpersönliche Rechte

Nach **Art. 19c Abs. 1 ZGB** können urteilsfähige, aber noch nicht handlungsfähige Minderjährige ihre höchstpersönlichen Rechte selbstständig ausüben. Ausnahmen bestehen, wenn das Gesetz ausdrücklich die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung verlangt (vgl. **Art. 19c Abs. 1, Satz 2 ZGB**; s. unten **II.B.3.c.**).²²

Höchstpersönliche Rechte betreffen die enge Verbindung zur eigenen Person – insbesondere Identität (z.B. Geschlecht, Name)²³, emotionales Leben, Persönlichkeitsschutz sowie ehe-, familien- und erbrechtliche Ansprüche. Dazu zählen auch Grundrechte wie persönliche Freiheit, Religions- und Meinungsäusserungsfreiheit.²⁴ Auch die Geschlechtsidentität sowie Fragen im Zusammenhang mit Geschlecht und Sexualität fallen in den höchstpersönlichen Bereich, da sie die Identitätsbildung und Selbstbestimmung unmittelbar betreffen.²⁵ Entsprechend ist auch die Erklärung einer Geschlechtsänderung beim Zivilstandsamt (**Art. 30b ZGB**) vertretungsfeindlich (zu dieser s. unten **II.E.**).²⁶

Ebenso gilt jede medizinische Intervention als höchstpersönlicher Akt, da sie den eigenen Körper betrifft.²⁷

Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass die Einwilligung in eine medizinische Behandlung zur Anpassung des Körpers an die Geschlechtsidentität *einen in mehrfacher Hinsicht höchstpersönliches Recht betreffenden Akt* im Sinne von **Art. 19c ZGB** darstellt.²⁸

b. Besonders folgenschwere und identitätsstiftende höchstpersönliche Rechte sind vertretungsfeindlich

Medizinische Behandlungen gelten grundsätzlich als relativ höchstpersönlich und sind somit vertretungsfähig – andernfalls könnten Erziehungsberechtigte für urteilsunfähige Kinder keine Entscheidungen treffen. Bei besonders folgenschweren, identitätsprägenden oder medizinisch nicht notwendigen Eingriffen rechtfertigen sich jedoch Ausnahmen. So ist etwa das Vertretungsrecht bei Sterilisationen urteilsunfähiger Minderjähriger gesetzlich ausgeschlossen (Art. 4).²⁹ Auch bei nicht indizierten Schönheitsoperationen erkennt die Lehre Einschränkungen des Vertretungsrechts.³⁰ Kontrovers diskutiert werden etwa Knabenbeschneidungen³¹, die in der Regel nicht identitätsstiftend sein werden.

Weil es sich vorliegend um derart intime, identitätsstiftende und potenziell die zukünftige Fruchtbarkeit betreffende Entscheidungen handelt, qualifizieren wir vorliegend alle Behandlungen zu einer Angleichung an die eigene Geschlechtsidentität als *absolut höchstpersönliche³² und somit vertretungsfeindliche Rechtsakte.*³³ Welche Behandlungsoption das trans Kind wählt, kann – gut informiert und frei von äusserem Druck – nur es selbst entscheiden. Rechtlich könnte darüber diskutiert werden, ob alle Behandlungsformen gleichermassen absolut höchstpersönlich und vertretungsfeindlich sein sollen (dazu ausführlicher unten **III.B.**). Laut Stellungnahme der NEK/CNE sollten (zumindest) Entscheidungen, die irreversible und dauerhafte Auswirkungen auf das künftige Leben eines Kindes haben, grundsätzlich vom Kind selbst getroffen werden.³⁴

c. Kein Mitbestimmungsrecht der Eltern

Selbst bei Urteilsfähigkeit kann das Gesetz die Mitwirkung der Eltern vorschreiben (**Art. 19c Abs. 2 ZGB**), **[Seite 265]** etwa bei der Teilnahme an Humanforschung³⁵ oder Organspende³⁶. In solchen sensiblen Bereichen ist eine gemeinsame Entscheidung von Kind und gesetzlicher Vertretung erforderlich – teils als Zustimmungspflicht, teils als elterliches Vetorecht. Für medizinische Behandlungen im Zusammenhang mit Genderidentität besteht jedoch keine solche gesetzliche Regelung; eine elterliche Mitbestimmung ist daher rechtlich nicht erforderlich (vgl. unten **II.E.**). Aus Kindeswohlgründen wird ihr Einbezug dennoch ausdrücklich empfohlen (unten **III.A.1.**).

C. Befähigung zur Selbstbestimmung oder Autonomisierung

Ob ein betroffenes Kind ab Pubertät bereits in der Lage ist, über medizinische Massnahmen zur Geschlechtsidentität zu entscheiden, ist oft schwer zu beurteilen. Die Befähigung zur Selbstbestimmung – Autonomisierung – ist Teil ihres Selbstbestimmungsrechts.

Nach dem Autonomieverständnis von *Beauchamp/Childress*³⁷ sind Fachpersonen verpflichtet, diesen Prozess aktiv zu unterstützen, z.B. durch individuell angepasste Beratung und Kooperation, auch wenn die Überzeugungen der betroffenen Person noch unsicher oder widersprüchlich sind. Autonomie muss dabei *prozedural und inhaltlich an die jeweilige Person angepasst werden*. Die Urteilsfähigkeit ergibt sich aus funktionalen Kriterien: Sie setzt kognitive Einsicht und freien Willen voraus sowie das Fehlen äusseren Drucks (etwa durch Eltern, Fachpersonen oder durch Erfahrungen wie Isolation). Während der Wille meist eindeutig ist, variieren Einsichtsfähigkeit und äussere Einflussfaktoren deutlich stärker.³⁸

Eine Möglichkeit, eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit zu überbrücken, besteht auch darin, der betroffenen Person verschiedene Optionen offenzuhalten, sodass sie später selbstbestimmt über weiterführende Behandlungen – etwa chirurgische Eingriffe – entscheiden kann. Laut NEK kann es jedoch problematisch sein, auf die Reife der minderjährigen Person zu warten, da dies bedeuten könnte, dass sie gezwungen ist, unerwünschte geschlechtliche Merkmale zu erdulden. Zudem kann ein Abwarten die spätere medizinische Transition aufgrund körperlicher Veränderungen erschweren.³⁹

D. Recht auf Partizipation inkl. auf Begleitung durch eine Vertrauensperson

Art. 12 UN-KRK garantiert explizit das Recht des Kindes auf Beteiligung an allen es betreffenden Angelegenheiten – entsprechend Alter und Reife. Je stärker eine Angelegenheit die Intimsphäre und Lebensgestaltung berührt – wie bei Geschlechtsidentität und medizinischen Eingriffen bei Genderdysphorie – desto bedeutsamer ist die Berücksichtigung der kindlichen Meinung.⁴⁰

Partizipation reicht von Information und Anhörung bis zur eigenständigen Entscheidung, ggf. mit Begleitung durch eine Vertrauensperson oder rechtliche Vertretung. Sie ist ein fortlaufender Prozess, nicht auf den Entscheidungsakt beschränkt.⁴¹ Anders als das Selbstbestimmungsrecht oder der Informed Consent setzt das Partizipationsrecht keine Urteilsfähigkeit voraus. Das ergibt sich für Patientinnen allgemein aus **Art. 307 Abs. 3 ZGB**.

Kindliche Partizipation bedeutet auch, die Eltern einzubeziehen.⁴² Studien zeigen, dass der Dialog zwischen Jugendlichen und Eltern Ängste klären kann: Jugendliche haben oft kurzfristige, Eltern eher langfristige Bedenken. Solche Gespräche führen häufig zur elterlichen Zustimmung zu einer Hormonbehandlung. Auch die WPATH-Leitlinien betonen, dass Jugendliche vielfach auf elterliche Begleitung bei Entscheidungsprozessen angewiesen sind.⁴³

Unter dem Recht auf Partizipation sollte auch die Begleitung des Kindes und deren konkrete Ausgestaltung mitgedacht werden. Die juristische *Figur der Vertrauensperson* (**Art. 432 ff. ZGB**) könnte insbesondere in ethisch komplexen medizinischen Situationen entlastend und unterstützend wirken – sowohl für das Kind als auch für die anderen Beteiligten. Eine solche Begleitperson könnte ähnlich wie ein/e «*Child Life Specialist*» in anglo-amerikanischen Ländern⁴⁴ agieren, und langfristig auch kosteneffizient sein.⁴⁵

[Seite 266] E. Bedeutung der neuen Regelung zur Geschlechtsänderung im Zivilstandsregister?

Eine Transition umfasst neben medizinischen auch rechtliche und soziale Aspekte – etwa Namensänderung, Anpassung des Geschlechtseintrags, Kleidung oder Toilettenwahl. Seit dem 1. Januar 2022 können urteilsfähige Personen in der Schweiz ihren Geschlechtseintrag unbürokratisch ohne ärztliches Gutachten oder Gerichtsbeschluss ändern (**Art. 30b ZGB**); eine innere Überzeugung genügt.⁴⁶ Die Urteilsfähigkeit wird durch die Zivilstandsbeamtin oder den Zivilstandsbeamten geprüft – nicht durch die Eltern.⁴⁷ Für unter 16-Jährige ist die Zustimmung der Eltern gesetzlich erforderlich (**Art. 30b Abs. 4 lit. a ZGB**). Ein Genfer Gericht entschied, dass auch eine 16-jährige Person geschlechtsmündig ist, selbst wenn die Eltern dagegen sind – ein Entscheid, den das Bundesgericht Ende 2024 bestätigte. Es bekräftigte das selbstbestimmte Ausüben höchstpersönlicher Rechte bei gegebener Urteilsfähigkeit.⁴⁸

Bereits 2019 erkannte das Bezirksgericht Einsiedeln einem neunjährigen Kind Urteilsfähigkeit zu, das mit elterlicher Unterstützung und psychiatrischer Diagnose eine Namens- und Geschlechtsänderung beantragte. Das Gericht hielt fest, dass Kinder bereits im Vorschulalter ein klares Bewusstsein für ihre Geschlechtsidentität entwickeln können.⁴⁹ Diese Entscheidung erscheint von grundlegender Bedeutung,⁵⁰ denn viele Kinder spüren schon zu einem frühen Zeitpunkt, im Kindergartenalter, dass sich unwohl in dem ihnen zugeschriebenen Geschlecht fühlen.⁵¹ Ein erster wichtiger Entscheid stammt bereits aus dem Jahr 2011.⁵²

Eine analoge Anwendung von **Art. 30b ZGB** ist unzulässig, da sie das verfassungsrechtlich geschützte Selbstbestimmungsrecht des Kindes (**Art. 10 Abs. 2** und **Art. 11 BV**) verletzen würde. Eine Einschränkung dieses Grundrechts wäre nur mit formell-gesetzlicher Grundlage zulässig – die hier fehlt (vgl. **Art. 36 BV**).

III. Medizinische, rechtliche und ethische Abwägungen im Kontext der Behandlungswahl

A. Differenzierungen in der medizinischen Praxis

1. Medizinische Leitlinien

Da es keine spezifischen Rechtsregeln zur Behandlung von jungen Personen mit Gender Dysphorie gibt, orientiert sich europäische Ärzteschaft an internationalen medizinischen Protokollen – häufig an den *Standards of Care* Version 8 (SOC-8) der WPATH von 2022. Diese Empfehlungen basieren auf dem besten verfügbaren Wissen, auch wenn die Forschung aus unserer Sicht noch nicht evidenzbasiert ist.⁵³ WPATH betont die Bedeutung psychologischer Begleitung und die Offenhaltung von Entwicklungsspielräumen. Medizinische Eingriffe werden nur unter bestimmten Voraussetzungen empfohlen, vor allem bei älteren Kindern und Jugendlichen:

- Erfüllung der diagnostischen Kriterien für Geschlechtsdysphorie nach DSM-V;
- Bestehen der beschriebenen Erfahrungen über eine signifikante Zeitspanne;
- Nachweis der emotionalen und kognitiven Reife zur informierten Einwilligung (vgl. Empfehlung 6.12.c zum Bewertungsverfahren);
- Berücksichtigung allfälliger psychischer Begleiterkrankungen bei Diagnosestellung und Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit;
- Umfassende Aufklärung über mögliche Auswirkungen auf die Fortpflanzungsfähigkeit, einschliesslich des Risikos eines Fruchtbarkeitsverlusts sowie über Optionen zur Fruchtbarkeitserhaltung;
- Erreichen des Tanner-Stadiums 2 der Pubertät⁵⁴ als Voraussetzung für den Beginn einer Pubertätsblockade;
- Für chirurgische Behandlungen ist zudem eine vorausgehende Hormontherapie über mindestens zwölf Monate erforderlich.⁵⁵

[Seite 267] Zudem werden die Leitlinien der *Endocrine Society* in der klinischen Praxis als Referenz herangezogen. Diese raten ausdrücklich von Behandlungen präpubertärer Kinder ab und empfehlen, medizinische Massnahmen erst nach Erreichen des Tanner-Stadiums 2 einzuleiten.⁵⁶ Eine Hormontherapie sollte nach diesen Empfehlungen in der Regel nicht vor dem vollendeten 16. Lebensjahr begonnen werden.⁵⁷ In der Schweiz sind auch die *Leitlinien S3-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung* der Deutschen Gesellschaft von 2018, deren Überarbeitung vor Kurzem entschieden wurde, wichtig.⁵⁸

Zielführend in der Praxis ist etwa, wenn Kinderpsychiatrie, Pädiatrie, Gynäkologie and Endokrinologie systematisch zusammenarbeiten und die Behandlungsempfehlungen *gemeinsam* tätigen (bspw. CHUV, Universitätsspital Lausanne).

2. Reversible, teilreversible oder irreversible Behandlungsarten

Vor diesem Hintergrund ist nach den NEK/CNE Leitlinien entscheidend, dass in der Praxis zwischen irreversiblen, teilreversiblen und reversiblen Behandlungen unterschieden wird. Denn je geringer die Möglichkeit ist, eine Entscheidung später, beispielsweise nach Erreichen der Urteilsfähigkeit, rückgängig zu machen, desto eingeschränkter wird/ist die Zukunft der betroffenen Person.⁵⁹

a. Reversible Behandlung – Pubertätsblocker

Pubertätsblocker hemmen die körpereigene Hormonproduktion und verzögern so die Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale. Diese Massnahmen sind vollständig reversibel: Nach dem Absetzen der Behandlung setzt die körperliche Entwicklung gemäss dem individuellen hormonellen Status wieder ein.⁶⁰ Pubertätsblocker lindern Geschlechtsdysphorie nicht direkt, verhindern aber belastende körperliche Veränderungen und schaffen Raum für die Auseinandersetzung mit der eigenen Identität.⁶¹

b. Teilweise irreversible Behandlung – Hormontherapie

Die Hormontherapie bewirkt körperliche Veränderungen im gewünschten Geschlecht; einige sind irreversibel (z.B. Brustentwicklung, tiefe Stimme), andere potenziell reversibel (z.B. Muskelverteilung, Haut). Die Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit sind unklar: Eine Erholung ist möglich, dauerhafte Beeinträchtigungen aber ebenfalls.⁶² In der Schweiz ist für die Therapie eine Diagnose nach DSM-V (Geschlechtsdysphorie) erforderlich.⁶³

c. Irreversible Behandlung: chirurgischer Eingriff

Operative Eingriffe wie Gebärmutterentfernung, Neovagina oder Phalloplastik sind irreversibel und führen zur dauerhaften Unfruchtbarkeit. In Europa erfolgen sie meist erst *ab Volljährigkeit*, mit der Ausnahme der Mastektomie, dem Entfernen der Brüste, da diese oft als Geschlechtsmerkmal wahrgenommen werden.⁶⁴ Daher vertritt die NEK/CNE die Auffassung, dass ein solcher invasiver Eingriff unter Umständen indiziert sein kann, insbesondere unter Berücksichtigung der potenziellen Belastung, die sich Sichtbarkeit der Brüste oder des Penis bei einer jugendlichen Person mit einer Gender Dysphorie ergeben kann.⁶⁵

B. Rechtliche Abwägungen

1. Spannungsfeld der Akteure

Diese medizinischen Behandlungen spielen sich immer im *Dreiecksverhältnis* Kind/Jugendlicher-Eltern-medizinisches Fachpersonal statt. Die Selbstbestimmung der jungen Person steht dabei im Spannungsfeld zur Fürsorgepflicht der Eltern und zur medizinischen Verantwortung der Behandelnden. Die *Selbstbestimmung* des Kindes kann sowohl einer potenziellen *Fremdbestimmung* der Eltern als auch der medizinischen Fachperson gegenüberstehen.

Die elterliche Sorge ist sowohl eine Befugnis als auch eine Pflicht: Sie verpflichtet Eltern, das Kind auf dem Weg zur Selbstständigkeit zu begleiten, weshalb die elterliche Sorge mit zunehmender Urteilsfähigkeit des Kindes abnimmt.⁶⁶ Die Eltern *müssen im Interesse des Kindes handeln und dessen Meinung bei wichtigen Entscheidungen, die es betreffen, berücksichtigen* (Art. 301 Abs. 1 ZGB). Im Kindesinteresse ist regelmässig *eine medizinisch indizierte Behandlung*,⁶⁷ wobei auch der Einfluss auf Familien- und Schulleben und die weitere Zukunft des Kindes (bspw. Reproduktionsfähigkeit) entscheidend sind. Je mehr die Angelegenheit die Intimsphäre und die Zukunft des Kindes betrifft, desto ausschlaggebender ist seine Meinung. Während die Eltern also grundsätzlich zur Vertretung [Seite 268] ihres Kindes berechtigt und verpflichtet sind (Art. 304 ZGB), kann es bei besonders höchstpersönlichen Rechten, wie ausgeführt, eine Einschränkung dieses Vertretungsrechts geben (oben II.B.3.).

Medizinische Fachpersonen sind dagegen *nicht berechtigt* anstelle der jungen Patientinnen und Patienten über eine Behandlung zu entscheiden; Notfallsituation ausgenommen (Art. 379 ZGB). Aufgabe der medizinische Fachpersonen ist es zu beraten und zu begleiten. Möglichst im Beisein von Eltern und weiteren Vertrauenspersonen soll in klarer, verständlicher und möglichst vollständiger Weise über Diagnose, Therapie, Prognose, Alternativen, Risiken sowie finanzielle Aspekte informiert werden.⁶⁸

2. Vertretungsfeindlich

Im Verhältnis Kind-Eltern stellt sich damit die Frage der Vertretungsrechte der Eltern. Das ist die rechtliche Frage nach den sog. *absolut und relativ höchstpersönlichen Rechten*, resp. solchen, die vertretbar und vertretungsfeindlich sind (s. oben [II.B.2-3](#)). Wie verhält sich also das Vertretungsrecht der Eltern auf die drei Behandlungsarten (reversible, irreversible und nicht reversible) bezogen? Besonders bei *irreversiblen und/oder identitätsprägenden* Massnahmen wird vertreten, dass diese ausschliesslich durch die urteilsfähige betroffene Person selbst beschlossen werden dürfen.

Nach der hier vertretenen Ansicht sind indes *sämtliche Behandlungsformen absolut höchstpersönlicher* Natur im Sinne von [Art. 19 Abs. 2 ZGB](#) und keiner Vertretung zugänglich (s. oben [II.B.3](#)). Unabhängig von der vorgeschlagenen Massnahme muss die betroffene minderjährige Person selbst entscheiden – niemand kann ihr eine Transition aufzwingen, niemand kann ihr aus Sorge vor sekundären Geschlechtsmerkmalen einen Pubertätsblocker aufzwingen. Bei Uneinigkeit zwischen dem Jugendlichen und seinen Eltern hat der Jugendliche das Recht, seine Entscheidung selbstständig zu treffen, auch wenn die Eltern gegen die Behandlung sind, da es sich um ein streng persönliches Recht handelt.⁶⁹ Die Eltern können nicht nur ihren eigenen Vorstellungen folgen, sondern müssen diese dem Wohl des Kindes unterordnen.⁷⁰ Ist das Kind urteilsfähig, muss es selbstständig entscheiden können.⁷¹ Die minderjährige Person behält die uneingeschränkte Freiheit, eine geschlechtsangleichende Behandlung abzulehnen oder eine bestimmte Form davon zu wählen.

3. Beurteilung der Urteilsfähigkeit kann je nach Eingriff anders ausfallen

Ist das Kind urteilsfähig, gilt bei höchstpersönlichen Rechten seine Entscheidung ([Art. 19c ZGB](#); oben [II.B.](#)). Bei *Zweifeln an der Urteilsfähigkeit* des Kindes empfiehlt es sich generell mit der Durchführung der Behandlung zuzuwarten; bei chirurgischen Eingriffen muss umso mehr zugewartet werden. Ferner kann eine medizinisch-ethische Evaluation erforderlich sein.

Die Art des medizinischen Eingriffs (oben [III.A.](#)) kann damit im Rahmen der Beurteilung der Urteilsfähigkeit und der Einwilligungsfähigkeit sehr wohl eine Rolle spielen, denn es wird einfacher für das Kind resp. die jugendliche Person sein, zu verstehen und nachzuvollziehen, was ein Pubertätsblocker bewirkt und was nicht, und zu verstehen was reversible Massnahme bedeutet als zu verstehen, welches die längerfristigen Konsequenzen von chirurgischen Eingriffen auf seine körperliche und psychosoziale Integrität sein werden. Insoweit werden die Anforderungen an die Urteilsfähigkeit nicht die gleichen sein für die verschiedenen Behandlungsarten, was der Relativität der Urteilsfähigkeit entspricht.

4. Meinungsverschiedenheit zwischen Patientin und Fachpersonen

Bei einer Meinungsverschiedenheit zwischen den medizinischen Fachpersonen und der jungen Patientin, gilt zunächst, dass kein Kontrahierungs- und Behandlungszwang für die medizinische Fachpersonen besteht; Notfallsituation ausgenommen. Braucht es eine medizinisch indizierte Behandlung, so kann die Ärzteschaft auch an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde gelangen; in der Praxis wird oft zugewartet, bis eine Notfallsituation vorliegt. Umgekehrt, wird ein urteilsfähiger Jugendlicher, der von einer Fachperson keine medizinisch indizierten Pubertätsblocker oder Hormone (inkl. Diagnose vorab) verschrieben bekommt, wird einfach zur nächsten Fachperson wechseln. Braucht es eine medizinisch indizierte Behandlung, so kann die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde eingeschaltet werden.

5. Schutz, solange notwendig – im Kindsinteresse

Dass beispielsweise eine Intervention reversibel ist und die andere nicht, ist aber nicht nur eine Frage der Urteilsfähigkeit, sondern auch eine des notwendigen Schutzes des Kindes in dessen Interesse. Dabei gilt es, die betroffenen Kinder *so lange zu schützen als es im Kindsinteresse nötig ist*. Der Schutz (Fürsorge) ist *ratio legis* der

Handlungsfähigkeitsbestimmungen nach Art. 12 ff. ZGB, die eingeschränkt sind für Kinder, sowie der elterlichen Erziehungspflichten und -rechte nach Art. 301 ff. ZGB. Die Notwendigkeit des Schutzes ist denn auch Voraussetzung für sämtliche staatlichen Massnahmen des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts (Art. 307 f., 388 f. ZGB).

Das Kindesinteresse ist sowohl bei Selbstbestimmung als auch Schutz die übergeordnete Leitplanke (Art. 3 UN-KRK, Art. 301 ZGB). Die elterlichen Erziehungspflichten und -rechte, konkret ihre Vertretungsbefugnis, fällt sodann nach Art. 306 ZGB ex lege dahin, wenn die Eltern nicht im Interesse ihrer Kinder handeln. Das heisst beispielsweise konkret, dass eine medizinische Behandlung aufgrund der Einwilligung der Eltern zugunsten sowohl des urteilsfähigen als auch des urteilsunfähigen Kindes, die nicht im Kindesinteresse sind, sind von allem Anfang an nicht gültig (Art. 19 f. OR).

Auch wenn zum Schutz der jungen Person mit chirurgischen Eingriffen bis zu deren Volljährigkeit⁷² oder einem anderen zu bestimmenden Zeitpunkt (bspw. 2 Jahre lang konstanter Wille) zugewartet werden soll, so muss dies rechtlich verbindlich, über die mangelnde Urteilsfähigkeit des Kindes bzw. der jugendlichen Person abgehandelt werden. Alternativ müsste de lege ferenda geregelt werden, dass bis zum Zeitpunkt der vollen Handlungsfähigkeit einer jungen Person möglichst viele Behandlungsoptionen offenbleiben müssen (bspw. in einem neuen nationalen Gesundheitsgesetz, das ein Kapitel/gewisse allgemeine Bestimmungen zu Kindern ausweist).

C. Ethische Dimension: Abwägung zwischen Selbstbestimmung, Fürsorge und Nicht-Schädigung

Das steht so weit im Einklang damit, dass die NEK dafür plädiert, einen rein paternalistischen Ansatz zu vermeiden, der die betroffene minderjährige Person nicht berücksichtigt, als auch einen *Laisser-faire*-Ansatz zu vermeiden, der die betroffene Person mit ihrem Leid allein lasse.⁷³

Neben der medizinischen und rechtlichen Einordnung der Behandlung bieten die medizinethischen Prinzipien nach BEAUCHAMP/CHILDRESS einen stets anwendbaren erweiterten normativen Rahmen: die Selbstbestimmung des Kindes, die Pflicht zur Fürsorge der medizinischen Fachpersonen (*beneficence*), das Prinzip des Nicht-Schädigens (*non-maleficence*) sowie der Anspruch auf Gleichbehandlung (*justice*).

Es wird dabei stets vom Selbstbestimmungsprinzip und der Autonomisierung (*autonomy*) der betroffenen Person auszugehen sein, wobei deren Willen, im individuellen und familiären Kontext sorgfältig zu eruieren sein wird. Auch wird bei jeder medizinischen Behandlung auch eine gewisse medizinische Fürsorge (*beneficence*) notwendig sein.

Das Prinzip des Nicht Schädigens (*non maleficence, no harm principle*)⁷⁴ wird den Fokus auf die Belastung des jungen Menschen legen, wobei nach Nutzen und Risiken (sowie Loyalitätskonflikten⁷⁵) einer Behandlung differenziert werden kann, unter Einbezug der Berücksichtigung der Folgen einer Nichtbehandlung. Besondere Vorsicht ist dabei bei chirurgischen Behandlungen und ihren (irreversiblen) Wirkungen respektive Nebenwirkungen geboten. Das Prinzip des Nicht Schädigens kann aber auch einen zeitlichen Aspekt betreffen, denn sowohl eine zu frühe oder verspätete Intervention kann zu erheblichen Belastungen führen. Während medizinische Zurückhaltung aus Schutzmotiven verständlich ist, kann ein zu langes Zuwarten das Leid der Betroffenen verstärken oder eine spätere Transition erschweren.⁷⁶ Nach Ansicht der WAPTH und NEK/CNE kann das Fürsorgeprinzip deshalb nicht generell bedeuten, dass wir Kinder und Jugendliche mit einem Wunsch nach medizinischer Behandlung von einer Behandlung mit Pubertätsblockern oder Hormontherapie ausschliessen sollten.⁷⁷ Denn es gibt keine wirksamen therapeutischen Alternativen zu diesen beiden Behandlungsarten und das Leiden der Betroffenen kann sehr hoch sein. Zu erwägen ist, dass Studien signifikante Verbesserungen des psychischen Gesundheitszustands (Depressionen) bei Trans Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 14 und 18 Jahren gezeigt haben⁷⁸ und die subjektive Zufriedenheit von Betroffenen mit den Behandlungen als hoch angesehen wird.⁷⁹

Die rechtzeitige und sorgfältige Einbindung des Kindes mit seinen Eltern, begleitet durch geeignete Fachpersonen und wenn nötig begleitet durch eine *unabhängige Vertrauensperson* (Vertrauensperson oder Kindsvertretung im rechtlichen Sinne), bildet die Grundlage einer ethisch vertretbaren Entscheidungsfindung.

Was die Frage der finanziellen Übernahme der Behandlung angeht, entscheiden die Gerichte zugunsten einer Kostenübernahme durch die Krankenversicherung: Da die Geschlechtsdysphorie eine Gesundheitsbeeinträchtigung im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes darstellt, ist die Versicherung verpflichtet, die Kosten für die Hormonbehandlung zu übernehmen.⁸⁰ (S. hierzu den Beitrag von MARKUS STEUDLER, S. 271.)

Am Schluss steht sodann aber immer, aus der Kinderperspektive, der Anspruch auf *Nichtdiskriminierung*, damit möglichst alle den gleichen Zugang zu Gesundheitsversorgung und diesem ethisch vertretbaren Prozess inkl. Beratung und Begleitung (s. Partizipationsrecht oben **II.C.**) haben.

IV. Thesen statt eines Schlussworts

1. Vorrang des Selbstbestimmungsrechts von urteilsfähigen Kindern und Jugendlichen

Das Selbstbestimmungsrecht von Kindern und Jugendlichen ist rechtlich breit abgestützt (u.a. **Art. 19c ZGB**, **Art. 11 BV**, Art. 12 UN-KRK). Bei geschlechtsangleichenden medizinischen Eingriffen ist die Urteilsfähigkeit entscheidend. Ein gesetzliches Mindestalter zur Ausübung höchstpersönlicher Rechte besteht nicht. Solche Eingriffe betreffen Identität, körperliche Integrität und ev. künftige Reproduktionsfähigkeit und sind nur mit Informed Consent der urteilsfähigen Person zulässig. Eine Zustimmung der gesetzlichen Vertretung ist rechtlich nicht erforderlich; **Art. 30b ZGB** zur Geschlechtsänderung im Zivilstandsregister ist hier nicht anwendbar. Bei fehlender Urteilsfähigkeit sind keine Behandlungen erlaubt – ausser in medizinischen Notfällen (**Art. 379** bzw. **306 ZGB**).

2. Selbstbestimmung umfasst Autonomisierung (Supported-Decision-Making)

Eine zentrale Facette des Selbstbestimmungsrechts ist die Befähigung von Kindern zu eigenständigen Entscheidungen. Dafür braucht es Zugang zu Informationen, gute Begleitung, Zeit zur Reflexion und fachliche Unterstützung. Dieses Supported-Decision-Making (vgl. Art. 12 UN-BRK) ist klar abzugrenzen vom Modell der gesetzlichen Vertretung oder dem medizinischen Shared-Decision-Making. Ziel ist es, möglichst viele Optionen offenzuhalten, um irreversible Entscheidungen gut informiert und selbstverantwortlich treffen zu können.

3. Rechtsdogmatische Differenzierung der Behandlungen über die Urteilsfähigkeit

Behandlungen im Bereich Geschlechtsangleichung betreffen absolut höchstpersönliche Rechte an der Schnittstelle von Selbstbestimmung, Genderidentität, körperlicher Integrität und Reproduktionsfähigkeit mehrfach. Sie sind deshalb als vertretungsfeindlich anzusehen – bei fehlender Urteilsfähigkeit ist daher keine elterliche Entscheidung möglich.

Differenzierungen zwischen Behandlungsformen können über die Urteilsfähigkeit des Kindes bzw. der Jugendlichen erfasst werden. Medizinische Leitlinien sind dabei möglicherweise hilfreich und zu respektieren, jedoch rechtlich nicht bindend. Statt eines fixen Mindestalters für irreversible Eingriffe⁸¹ wäre eine Mindestdauer von z.B. zwei Jahren zur Festigung des konstanten Willens rechtlich sinnvoller.

4. Partizipationsrecht als kontinuierlicher Prozess – mit einer Vertrauensperson wenn nötig

Das Partizipationsrecht umfasst Information, Anhörung, Diskussion und Begleitung im Transitionsprozess. Eltern und Fachpersonen sollen einbezogen werden, ohne die Entscheidungs-hoheit der urteilsfähigen Person zu beschneiden. Qualifizierte Fachpersonen müssen Komorbiditäten berücksichtigen. Ein «Child Life Specialist» resp. eine Vertrauensperson im Rechtssinne kann Kind, Eltern und Fachpersonen die Partizipation vereinfachen und die Qualität der Zusammenarbeit verbessern.

5. Anerkennung von Genderdiversität als menschenrechtlicher Anspruch

Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf Anerkennung ihrer Genderidentität. Eine inklusive Gesellschaft basiert auf der Akzeptanz geschlechtlicher Vielfalt, was Leid verringern und medizinische Eingriffe reduzieren kann. Forschungs- und Pilotprojekte dazu sind wünschenswert. Die zivilrechtliche Geschlechtsänderung nach **Art. 30b ZGB** ist ein wichtiger Schritt, bleibt aber menschenrechtlich unvollständig, da weder ein drittes Geschlecht noch ein offener Eintrag möglich ist.⁸²

6. Notwendigkeit von rechtlicher Fortbildung

Der rechtliche Rahmen erscheint in den wesentlichen Punkten (oben **IV.1–5.**) klar. Nun gilt es, Eltern und Fachpersonen entsprechend in diesen medizinischen Belangen einer Transition rechtlich zu schulen.

Fussnoten:

- * Prof. Dr. iur., Chair droit de la santé et droit civil, Co-directrice de l'Institut de droit de la santé, Faculté de Droit, Université de Neuchâtel.
- ** Dr. iur., Postdoctorante, Institut de droit de la santé, Faculté de Droit, Université de Neuchâtel.
- 1 CONSEIL FÉDÉRAL, Droits des patients et participation des patients en Suisse, Rapport en réponse aux postulats 12.3100 Kessler, 12.3124 Gilli et 12.3207 Steiert, Bern 2015, 28 : «ab 12 Jahren gehen wir davon aus, dass ein Kind urteilsfähig ist».
- 2 Vgl. generell das Werk von ABIGAILS SHIERS, «Irreversible Damage» von 2000 als ein Plädoyer gegen geschlechtsangleichende Behandlung von jungen Personen; in der Schweiz ist jüngst die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich vorgeprescht und fordert eine Gesetzesgrundlage auf Bundesebene für ein Verbot bis 18 Jahren von irreversiblen geschlechtsangleichenden Eingriffen (Internet: <https://www.zh.ch/de/news-uebersicht/medienmitteilungen/2025/07/gesundheitsversorgung-von-transgender-personen-schutz-vor-irreversiblen-behandlungen-bei-minderjaehrigen.html> [Abruf 27.7.2025]), was unter Betroffenen für grosse Diskussionen sorgt: Sie wollen uns in Panik versetzen, NZZ vom 12.7.2025, s.a. FN 81; allgemein zur Stimmungsmache in der Schweiz NZZ vom 29.3.2025 «Zu viel Ideologie, zu wenig Wissenschaft».
- 3 Commission Nationale de l'Éthique (CNE), Traitement médical des personnes mineures présentant une dysphorie de genre. Considérations éthiques et juridiques, Prise de position n°43, Berne, 2024 du 7.11.2024, Internet: https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/de/NEK-CNE_Stellungnahme_Geschlechtsdysphorie_DE.pdf (Abruf 1.7.25); zit. Stellungnahme CNE/NEK.
- 4 ANDREA BÜCHLER, MICHELLE COTTIER, Legal Gender Studies, Zürich 2011, 89. S.a. ANDREA SCHEIDEGGER, Behandlungssuchende mit Geschlechtsinkongruenz, Gynäkologie 1/2024, 13 ff.
- 5 UN-Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989, in Kraft seit 26. März 1997 (SR 0.107).
- 6 Dazu schon ANDREA BÜCHLER/SANDRA HOTZ, Medizinische Behandlung, Unterstützung und Begleitung Jugendlicher in Fragen der Sexualität – Ein Beitrag zur Selbstbestimmung Jugendlicher im Medizinrecht, **AJP 2010**, 565 ff., 567; s.a. SAMW/NEK, Autonomie in der Medizin: 7 Thesen, swiss academies communication Vol. 15 2020.
- 7 Direkt anwendbar: **BGE124 III 90**, BGer **5A_123/2020** E. 4. vom 7. Oktober 2020.
- 8 UN-Committee on the Rights of the Child (CRC), General Comment No. 12 (2009): The right of the child to be heard, § 12, §§ 20, 28.
- 9 Nach Art. 12 UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006, in Kraft seit 15. Mai 2014 (SR 0.109); DANIEL ROSCH et al., Optimierte Selbstbestimmung und Supported Decision Making im Kontext der UN-Behindertenrechtskonvention, Zürich 2025.

- 10 Die Fähigkeit wird aufgrund der Lebenserfahrung und der Entwicklung des Kindes vermutet: **BGE 134 II 235** E. 4.3.3; SANDRA HOTZ, Kuko-ZGB, Art. 16 N 3, in: Dominique Jacob/Andrea Büchler [Hrsg.], Kurzkomentar zum Zivilgesetzbuch, 3. A., Basel 2025 im Ersch.
- 11 **BGE 140 II 246** E. 6.3.
- 12 **BGE 134 II 235** E. 4.3.2; **140 II 246** E. 6.1.1, **142 III 153** E. 5.2.4, **150 III 147** E. 7.6.1; DONZALLAS YVES, *Traité de droit médical*, Volume III, Berne 2021, pp. 3377–3378.
- 13 PRISCILLA ALDERSON/JONATHAN ROBERT MONTGOMERY, *Health Care Choices: Making Decisions with Children*, London 1996, 19.
- 14 Ist die minderjährige Person urteilsfähig, soll sie selbständig entscheiden dürfen, auch wenn sie sich in einem kritischen gesundheitlichen Zustand befindet, vgl. **BGE 134 II 235** E. 4.1; OGer LU vom 3.12.2007, LGVE 2007 I Nr. 2 E. 4.2; OGer ZH vom 26.3.2008, NX080009; **BGE 114 Ia 350** E. 7a, b.bb m.w.H.; es sollte grundsätzlich nicht unterschieden werden, ob es sich um die Einwilligung zu einer Behandlung oder gegen eine solche (sog. Vetorecht) handelt, s. **BGE 127 I 6**.
- 15 **BGE 134 II 235** E. 4.3.2.
- 16 CR CC I-WERRO/SCHMIDLIN, Art. 19c N 4.
- 17 **BGE 120 Ia 369** E. 1.
- 18 **BGE 124 III 5** E. 1b.
- 19 PRISCILLA ALDERSON, Die Autonomie des Kindes – über die Selbstbestimmungsfähigkeit von Kindern in der Medizin, in: Claudia Wiesemann/Andrea Dörries/Gabriele Wolfslast/Alfred Simon (Hrsg.), *Das Kind als Patient. Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille*, Frankfurt am Main 2003, 29 ff.; LOIS WEITHORN/SUSAN B. CAMPBELL, *The Competency of Children and Adolescents to Make Informed Treatment Decisions*, *Child Development* 53(6), 1982, 1589 ff., 1589.
- 20 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, *Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit in der medizinischen Praxis*, Bern 2018 mit U-DOC, Formular zur Beurteilung und Dokumentation der Entscheidungsfähigkeit, Bern 2019. Internet: https://www.samw.ch/dam/jcr:c0ee6c23-3b43-4241-aacc-626e0bb6e2d4/form_sams_evaluation_decision_making_capacity_u_doc.pdf (Abruf 22.4.2025); s.a. Hotz, Kuko-ZGB, Art. 16 N 1b.
- 21 Bspw. MARIANNE CAFLISCH, *La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ?*, *Revue Médicale Suisse* 4(161), 2008, 1456 ff., 1457.
- 22 CR CC I-WERRO/SCHMIDLIN, Art. 19c, N 2, in: Pascal Pichonnaz/Bénédict Foëx/Christiana Fountoulakis (Hrsg.), *Code civil I, Commentaire romand*, 2. Aufl., Bâle 2023 (zit. CR CC I-Verfasser); EUGEN BUCHER/REGINA AEBI-MÜLLER, *Berner Kommentar, Die natürlichen Personen, Art. 11–19d ZGB – Rechts- und Handlungsfähigkeit*, Schweizerisches Zivilgesetzbuch, 2. Aufl., Bern 2017 (zit. BK-BUCHER/AEBI-MÜLLER), Art. 19c N 230.
- 23 BK-BUCHER/AEBI-MÜLLER, Art. 19c N 228; CR CC I-WERRO/SCHMIDLIN, Art. 19c N 3.
- 24 BSK-ZGB I-FANKHAUSER, Art. 19c N 2; CR CC I-WERRO/SCHMIDLIN, Art. 19c N 6.
- 25 CR CC I-WERRO/SCHMIDLIN, Art. 19c N 6.
- 26 BBl 2020 799 ff., 843.
- 27 **BGE 134 II 235**; BGer 5A_967/2013 vom 4. März 2014 E. 3.
- 28 BK-BUCHER/AEBI-MÜLLER, Art. 19c N 295; PETER BREITSCHMID, *CHK-Art. 1–456 ZGB*, 4. Aufl., Zurich 2023, Art. 19c N 1; ALEXANDRA RUMO-JUNGO, *Selbstbestimmung Minderjähriger in der Psychotherapie*, in: Andrea Büchler/Markus Müller-Chen (Hrsg.), *Festschrift für Ingeborg Schwenzer*, Bern 2011, 1465 ff., 1468.
- 29 Bundesgesetz über Voraussetzungen und Verfahren von Sterilisationen vom 17.12.2004 (SterG; **SR 211.111**); die Ausnahmeregelung nach Art. 7 kommt einzig zur Anwendung ab 16. Lebensjahr und bei dauernder Urteilsunfähigkeit sowie bei einer bestehenden oder unmittelbar drohenden gesundheitlichen Beeinträchtigung der betroffenen Person durch Schwangerschaft. NEK-Stellungnahme 44/2024 zur Sterilisation dauerhaft Urteilsunfähiger vom 29.8.2024, Internet: https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/de/NEK-CNE_Stellungnahme_Sterilisation_DE.pdf (Abruf 1.7.2025). ANDREA BÜCHLER/MARGOT MICHEL, *Medizin-Mensch-Recht*, 2. A., Zürich, 2020, 374 ff.
- 30 RUMO-JUNGO (FN 28), 1468.
- 31 BÜCHLER/MICHEL (FN 29), 100 m.w.H.

- 32 HOTZ SANDRA (Hrsg.), *Kinder im Verfahren*, Zürich 2020, N 4.216, 7.48 ff., 7.49 m.w.H.; s. allgemein **BGE 117 II 6 E. 1b**; **116 III 385 E. 6**.
- 33 ANDREA BÜCHLER/MICHELLE COTTIER, *Intersexualität, Transsexualität und das Recht*, FamPra.ch 2015, 112 ff., 128; MYRIAM WERLEN, *Persönlichkeitsschutz des Kindes, höchstpersönliche Rechte und Grenzen elterlicher Sorge im Rahmen der medizinischen Praxis. Das Beispiel von Varianten der Geschlechtsentwicklung*, Bern 2014, 461 ff.
- 34 CNE/NEK (FN 3), 16.
- 35 **Art. 21 Abs. 2 lit. b** Bundesgesetz über die Forschung am Menschen Humanforschung vom 30. September 2011 (HFG; **SR 810.30**).
- 36 **Art. 13 Abs. 1 lit. f** Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen vom 6. Oktober 2004 (TransplG; **SR 810.21**).
- 37 TOM L. BEAUCHAMP/JAMES L. CHILDRESS, *The Principles of Biomedical Ethics*, 8. Aufl., 2017, 106 ff., was aber nicht bedeutet, dass die Schwierigkeiten des Autonomiekonzeptes nicht gesehen würden (110 ff.).
- 38 BEAUCHAMP/CHILDRESS (FN 37), 101 ff., insb. 114 f. (Einsichtsfähigkeit), 120 ff.
- 39 CNE/NEK, (FN 3), 16.
- 40 ANDREA BÜCHLER, *Juristische Expertise: Trans Kinder in der Schule. Im Auftrag der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich*, Zürich, 2020, 6.
- 41 HOTZ (FN 32), N 3.8.
- 42 So auch CNE/NKE (FN 3), 16–17.
- 43 COLEMAN (FN 53), 544.
- 44 VGL. MAYO CLINIC, INTERNET: <https://college.mayo.edu/academics/explore-health-care-careers/careers-a-z/child-life-specialist/> (Abruf 22.7.2025).
- 45 HOTZ (FN 32), N 7.43; s. zum Institut der Vertrauensperson in anderem Zusammenhang SANDRA HOTZ/JÉRÔME SAINT-PHOR, *Personne de confiance durant le placement à des fins d'assistance : un droit essentiel*, RMA/ZKE 2/2022.
- 46 *Botschaft und Entwurf zur Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (Änderung des Geschlechts im Personenstandsregister)*, vom 6. Dezember 2019, BBl 2020 799 ff., 812 ff.
- 47 **BGE 151 III 1 E. 3**.
- 48 **BGE 151 III 1 E. 3.4**; SANDRA HOTZ/MAGALIE SNEED, *Analyse de l'arrêt TF 5a_623/2024 (prévu pour la publication), Changement de sexe d'une mineure de 16 ans dans le registre de l'état civil : rôle de l'officier d'état civil ; Rapport explicatif du 23 mai 2018 relatif à l'avant-projet de modification du Code civil suisse [Changement de sexe à l'Etat civil]*, 34, Internet: <https://www.bj.admin.ch/bj/fr/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/geschlechteraenderung.html> (Abruf 22.7.2025).
- 49 BezGer Einsiedeln ZES 2019 016; MICHELLE COTTIER, *BezGer Einsiedeln ZES 2019 016: Änderung von Geschlecht und Vornamen eines neunjährigen Kindes*, **AJP 2020**, 942 ff., 943.
- 50 COTTIER, (FN 49), 944.
- 51 DAGMAR PAULI, *Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen*, **PSYCH 6/2017**, 529–543.
- 52 OGer Zürich vom 1.2.2011, NC090012, in ZKE 2012, 55 ff. Grundlegend ist das Urteil des EGMR vom 6. April 2017, *Garçon et Nicot gegen Frankreich*, Nr. 79885/12, 52596/17; MICHELLE COTTIER/ANDREA BÜCHLER, *Transgender, Intersex und Elternschaft in der Schweiz und im Rechtsvergleich. Ein Plädoyer für die Aufhebung der Mutter-Vater-Dyade*, FamPra. 4/2020, 875–889, 876 m.w.H.
- 53 ELI COLEMAN *et al.*, *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*, Version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23:sup1, 1–259, 569.
- 54 Es gilt allgemein als frühes Stadium der Pubertät, der Übergangszeit zwischen Kindheit und Erwachsenenalter, die durch wichtige morphologische Veränderungen der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale gekennzeichnet ist: CLAUDIA KATSCHNIG, *Zu früh, zu spät? Normvarianten und Pathologien der Pubertätsentwicklung*, *Paediatric 2/2023*, 14 ff.
- 55 COLEMAN (FN 53), 548.

- 56 WYLIE HEMBREE et al., Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 102(11), 2017, 3869 ff., 3869.
- 57 HEMBREE et al. (FN 56), 3869.
- 58 Internet: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/138-001> (Abruf 1.7.2025).
- 59 NEK/CNE (FN 3), 16.
- 60 HEMBREE et al. (FN 65), 3869 f.; CNE/NEK (FN 3), 10.
- 61 CNE/NEK (FN 3), 11.
- 62 MOLLY MORAVEK et al., Impact of exogenous testosterone on reproduction in transgender men, *Endocrinology*, March 2020, 161(3), 1–13.
- 63 CNE/NEK (FN 3), 12.
- 64 CNE/NEK (FN 3), 12
- 65 CNE/NEK (FN 3), 13.
- 66 DOMINIQUE MANAI-WEHRLI, Pouvoir parental et droit médical, *FamPra*, 3(2), 2002, 197 ff., 197.
- 67 BÜCHER/MICHEL (FN 29), 111.
- 68 BGE 133 III 121 E. 4.1.3.
- 69 So auch: Faculté de droit de l'Université de Genève, Les droits des personnes LGBT, 2^{ème} édition, Internet: <https://www.unige.ch/droit/lawclinic/publications/brochures/les-droits-des-personnes-lgbt-2023>, 114 (Abruf 22.7.2025).
- 70 Hotz Kuko-ZGB, Art. 19c N 7.
- 71 Hotz Kuko-ZGB, Art. 19c N 7.
- 72 Faculté de droit de l'Université de Genève (FN 61), 115.
- 73 CNE/NEK (FN 3), 23.
- 74 In der Praxis wird etwa den sieben Schritten des No-Harm-Principle gefolgt: Den Kontext des Konflikts zu verstehen, Spaltungen und Spannungen zu analysieren; Verbindungsfaktoren und lokale Friedenspotenziale zu analysieren, Hilfsprogramm analysieren und die Auswirkungen des Hilfsprogramms auf Spaltungen und Verbindungsfaktoren analysieren, am Schluss sind die Lösungsansätze zu entwickeln und prüfen.
- 75 Fachpersonen identifizieren sich bspw. auch als Eltern.
- 76 CNE/NEK (FN 3), 21.
- 77 CNE/NEK (FN 3), 21.
- 78 DIEGO LOPEZ DE LARA et al., Psychosocial assessment in transgender adolescents, *Anales de Pediatría*, 93(1), 2020, 41 ff.
- 79 Nur wenige Personen «bereuen» die Behandlungen, s. CNE/NEK (FN 3), 22; CHANTAL WIEPJES et al., The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets, *The journal of sexual medicine*, 15(4), 2018, 582 ff., 582; s.a. Motion 09.3524 Föhn Peter. Literaturrecherche des Bundesamtes für Gesundheit zu den Langzeitwirkungen aus dem Jahre 2011.
- 80 Kantonale Entscheide aus dem Tessin, Sentenza del 18 luglio 2022 del Tribunale cantonale delle assicurazioni / Tessin – 32.2021.1, und der Waadt, CREP 17 mars 2025/71).
- 81 Dies fordert aber jüngst wie erwähnt (FN 2) die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich für irreversible Eingriffe in ihrer Medienmitteilung vom 7. Juli 2025, gestützt auf THOMAS GÄCHTER/BRIGITTE TAG/GIULIA BUSCAGLIA, Medizinische Behandlungen bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie. Kantonale Handlungsspielräume, Rechtsgutachten zuhanden des Amtes für Gesundheit des Kantons Zürich, Zürich, 17. März 2025, das allerdings u.A. differenzierter ausgefallen ist, und namentlich ein interdisziplinär zusammengesetztes Indikationsboard empfohlen hat.
- 82 Die juristische Argumentation ist einfach nach *Deutschem Bundesverfassungsgericht* (Beschluss vom 10. Oktober 2017, 1 BvR 2019/16): Als Individuum nicht korrekt abgebildet werden zu können von einem Zivilstandsregister, in dem alle Bürger und Bürgerinnen sich eintragen lassen müssen, ist persönlichkeitsverletzend.