

Dabei sollten beide Ausbildungsakteure auch die Möglichkeiten einer sog. Überplanung nutzen, also im schulinternen Curriculum bzw. im Ausbildungsplan in Summe mehr Stunden berücksichtigen als nach § 1 Abs. 2 PflAPrV mindestens vorgesehen sind, da auf diese Weise ein Teil der bei den Auszubildenden gegebenenfalls (oder besser: regelmäßig) anfallenden (sowohl nicht zu vertretenden als auch selbst verschuldeten) Fehlzeiten kompensiert werden kann⁶⁸.

Ist bei einzelnen Auszubildenden eine Fehlzeitenüberschreitung zu befürchten, sollte der Ausbildungsträger den Ausbildungsplan derart anpassen, dass das Ausbildungsziel gegebenenfalls doch noch in der eigentlich vorgesehen Ausbildungszeit erreicht werden kann⁶⁹. Zudem sollte er die Auszubildenden dazu anhalten, ihrer Pflicht zur Teilnahme am Unterricht der Pflegeschule und den praktischen Ausbildungsphasen nachzukommen und im Falle eines nicht selbst verschuldeten Fernbleibens ihren Meldepflichten (vor allem nach § 5 EntgFG) nachzukommen. Im Falle einer Schwangerschaft kann gemeinsam geprüft werden, ob bzw. inwiefern die Auszubildende auf ihre Schutzfristen nach § 3 MuSchG verzichten kann.

68) Für die Ausbildung in der Berufspraxis stellt das MAGS NRW hierzu etwa folgendes Rechenexempel auf: „Im Rahmen der

tariflichen Ausgestaltung beträgt bspw. die Ausbildung bei den praktischen Ausbildungsstellen derzeit etwa 38,5 bis 42 Wochenstunden. Soweit im Rahmen von Blockunterricht etwa 18 bis 20 Wochen im Jahr für den Unterricht an der Pflegeschule benötigt werden, stehen abzüglich der sechs Wochen Urlaub die Auszubildenden den praktischen Ausbildungsstellen 24 bis 26 Wochen pro Jahr zur Verfügung. Bei einer Wochenarbeitszeit von 38,5 bis 42 Stunden ergibt sich daraus abzüglich der etwa zehn Feiertage pro Jahr ein Gesamtvolumen von etwa 2.800 bis 3.000 praktischen Ausbildungsstunden, also erheblich mehr, als der Gesetzgeber als Mindestzeit verlangt“ (www.mags.nrw/pflegefachfrau-pflegefachmann). Entsprechendes gilt für den Unterricht an der Pflegeschule: Bei etwa 18 bis 20 Wochen Blockunterricht im Jahr ergibt sich eine schulische Ausbildung von insgesamt 54 bis 60 Wochen. Werden pro Woche 40 Stunden Unterricht angesetzt (≈ 8 Stunden pro Schultag von Montag bis Freitag), ergibt das ein Stundenvolumen von zusammengerechnet 2.160 bis 2.400 Stunden, also ebenfalls mehr als die vom Verordnungsgeber festgelegten Mindestunterrichtsstunden.

69) Auch dies betrifft vor allem die Fehlzeitenregelung des § 1 Abs. 4 S. 1 PflAPrV, nach dem Fehlzeiten in Pflichteinsätzen nur bis zu einem Viertel der jeweils mindestens zu vermittelnden Ausbildungsstunden angerechnet werden können. Nicht nur aus diesem Grund sind bei den qualifizierten Leistungseinschätzungen, die jede an der Ausbildung beteiligte Einrichtung über die bei ihr durchgeführten Einsätze erstellen muss, auch die Fehlzeiten nach eben § 1 Abs. 4 PflAPrV auszuweisen; hierzu Kistorz, PADUA 2021, 30.

<https://doi.org/10.1007/s00350-025-7223-3>

Moderner Standard oder alte Probleme? Kommentierung der S2k-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – Diagnostik und Behandlung“

Kimberley Tietz

Abstract: Die neue S2k-Leitlinie für die Diagnostik und Behandlung von Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie erkennt zwar die unsichere Evidenz bezüglich körpermodifizierender Eingriffe an und versucht dieser mit individuellen Nutzen-Risiko-Abwägungen zu begegnen, trotzdem beharrt sie dabei auf einer grundsätzlich affirmativen Behandlungsausrichtung. Dies sorgte sowohl innerhalb als auch außerhalb der Leitlinienkommission für rege Diskussionen, die Mängel im theoretischen Fundament als auch in der Vorgehensweise der Leitlinienerstellung enthüllten. Aufgrund dieser innerfachlichen Zerstrittenheit besteht weiterhin kein aktueller medizinischer Standard zur Behandlung von geschlechtsdysphorischen Minderjährigen.

I. Einleitung

Nach einer Bearbeitungszeit von fast 10 Jahren wurde im März 2025 die neue S2k-Leitlinie „Geschlechtsinkongru-

enz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – Diagnostik und Behandlung“ veröffentlicht, welche die veraltete S1-Leitlinie von 2013 ersetzt¹. Bei der andauernden Kontroverse um die angemessenste Behandlung von geschlechtsdysphorischen Minderjährigen stellt sie als aktuelle Leitlinie auf diesem Gebiet ein essenzielles Dokument für die klinische Praxis des deutschsprachigen Raums, aber auch für den innerfachlichen sowie gesamtgesellschaftlichen Diskurs dar².

Neben der zusammengefassten und komprimierten Darstellung der wichtigsten Behandlungsempfehlungen, die eine erweiterte Zugänglichkeit der Inhalte auch außerhalb der medizinisch-ärztlichen Kreise begünstigen soll, ermöglicht eine kritische Beurteilung, welche anhand der Darstellung der inner- und außerfachlichen Kontroverse im Verlauf der Leitlinienerstellung vorgenommen wird, eine

Kimberley Tietz, M. med., Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Medizinrecht (Prof. Dr. iur. Henning Rosenau), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Juristische und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Juristischer Bereich, Franz-von-Liszt-Haus, Universitätsplatz 6, 06108 Halle (Saale), Deutschland

1) Romer/Wiech, Leitlinienreport zur AWMF-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – Diagnostik und Behandlung, S. 7, 15 (zuletzt abgerufen am 22.7.2025: https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-014m_S2k_Geschlechtsinkongruenz-Geschlechtsdysphorie-Kinder-Jugendliche_2025-06.pdf).

2) Vgl. Böhme, Keine Diskussion, in: F.A.Z., 9.10.2024, S. 4; DÄBL., 9.10.2023 (zuletzt abgerufen am 22.7.2025: <https://www.aerzteblatt.de/search/result/24d867a4-db52-48d6-9a17-e09144d2c14a?q=Geschlechtsdysphorie>).

rechtliche Einschätzung der Auswirkungen auf den medizinischen Standard.

II. Zusammenfassung der Leitlinieninhalte

1. Genereller Aufbau

Das insgesamt 427 Seiten umfassende Dokument setzt sich aus 292 Seiten des eigentlichen Leitlinientextes sowie aus einem Literaturverzeichnis und mehreren Anhängen zusammen, womit es unter den medizinischen Leitlinien mit einem besonders großen Umfang überrascht. Begleitet wird die Leitlinie zusätzlich von einem 130-seitigen Leitlinienreport. Zusätzlich gibt es eine 71-seitige Kurzfassung der Leitlinie.

Inhaltlich setzt die Leitlinie dabei zwei verschiedene Schwerpunkte: Neben den für die klinische Praxis formulierten Empfehlungen widmen sich mehrere Kapitel sowie einleitende Abschnitte der Darstellung des von der Leitlinienkommission aufgearbeiteten Wissensstands zu umfangreichen Aspekten des Phänomens der Geschlechtsdysphorie (GD) bzw. Geschlechtsinkongruenz (GI)³ bei Minderjährigen. Mit dieser Doppelzielsetzung weicht sie von den meisten aktuellen Behandlungsleitlinien ab⁴. Ursprünglich wurde die Leitlinie als evidenzbasierte S3-Leitlinie angemeldet, jedoch aufgrund der unsicheren Evidenzlage auf eine konsensbasierte S2k-Leitlinie heruntergestuft⁵. Obwohl die einzelnen Empfehlungen lediglich auf einem Expertenkonsens beruhen, entspricht die systematische Recherche, Auswahl und Bewertung der Literatur laut den Herausgebern der Leitlinie den AWMF-Vorgaben für eine Einstufung als S3⁶.

In den verschiedenen Kapiteln werden die varianten Entwicklungsverläufe (II.), der soziale Rollenwechsel im Kindesalter (III.), die assoziierten psychischen Auffälligkeiten und Gesundheitsprobleme (IV.), Psychotherapie und psychosoziale Interventionen (V.), die Einbeziehung des familiären Umfelds und die Familiendynamik (VI.), die Indikationsstellung für körpermodifizierende medizinische Interventionen (VII.), die somatischen Aspekte hormoneller Interventionen (VIII.), die professionelle Interaktion und ein diskriminierungsfreier Umgang mit gender-nonkonformen Kindern und Jugendlichen (IX.) sowie Hinweise zu den rechtlichen Grundlagen und ethischen Maßgaben für die Behandlung Minderjähriger mit GI (X.) thematisiert⁷. Diesem eigentlichen Leitlinieninhalt ist eine Präambel (I.) vorangestellt, die einige Ausführungen zum medizinischen Paradigmenwechsel im Sinne der Entpathologisierung der Transgeschlechtlichkeit enthält und daraufhin „zentrale Grundhaltungen“⁸ bezüglich des Themenkomplexes festlegt. Unter anderem wird bereits an dieser Stelle eine pauschale Ablehnung der Durchführung einer Psychotherapie als Zugangsbedingung für die Vornahme körpermodifizierender Eingriffe festgelegt sowie die Orientierung an ethischen Prinzipien und dem Abbau von Diskriminierung bekundet⁹, währenddessen ausdrückliche Verpflichtungen auf die beste, verfügbare wissenschaftliche Evidenz keine Erwähnung finden.

Insgesamt enthält die Leitlinie 79 Empfehlungen über die verschiedenen Themenbereiche verteilt, von denen 8 Evidenzaussagen darstellen.

2. Behandlungsempfehlungen

Die Darstellung der Behandlungsempfehlungen konzentriert sich vorrangig auf die Kernaussagen und Empfehlungen zu den medizinisch besonders relevanten Interventionen, die vor allem die körpermodifizierenden Eingriffe in Form von Pubertätsblockade, gegengeschlechtlicher Hormontherapie und operativen Maßnahmen sowie die psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen umfassen.

Die Empfehlungen werden dabei nach ihrer Konsensstärke unterteilt, wobei die folgenden Formulierungen genutzt

werden: „soll/sollen“ entspricht einer starken, „sollte/sollten“ entspricht einer moderaten und „kann/können“ einer schwachen Empfehlung.

a) Allgemeine Anforderungen an die Indikationsstellung für körpermodifizierende Eingriffe

Hinsichtlich jeglicher körpermodifizierender Indikationsstellungen werden formale Anforderungen an die fachliche Qualifikation und benötigte spezielle Fachkenntnisse und Vorerfahrungen formuliert (VII.K0a., VII.K2., VII.K13., VII.24.)¹⁰. Der Prozess der Indikationsstellung selbst soll in interdisziplinärer Kooperation erfolgen. (VII.K1., VII.K12., VKII.23.)¹¹. Diese Kooperation soll eine dem Einzelfall angemessene sorgfältige kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik sowie eine pädiatrisch-endokrinologische Abklärung hinsichtlich der körperlichen Voraussetzungen umfassen¹². Eine Entscheidungsfindung im multiprofessionellen Team oder ein 4-Augen-Prinzip ist hingegen nicht gefordert¹³.

Weiterhin ist das Vorliegen einer stabilen/persistierenden GI, entsprechend den Kriterien des ICD-11 HA60, mit zusätzlich vorhandenem geschlechtsdysphorischen Leidensdruck eine notwendige Voraussetzung für Indikation körpermodifizierender Maßnahmen (VII.K3., VII.K14., VII.K25.)¹⁴. Diesbezüglich ist eine „Gesamtschau der aktuellen Befunde sowie der auf verschiedenen Ebenen erhobenen Lebensgeschichte unter Einbezug des Umfeldes der betreffenden Jugendlichen vorzunehmen“¹⁵. Aufgrund fehlender Einzelkriterien, ergibt sich die Feststellung der GI allein aus der Einschätzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson¹⁶.

Damit die festzustellende persistierende GI mit der benötigten diagnostischen Klarheit beurteilt werden kann, muss zudem eine sorgfältige Abklärung koinzidenter psychischer Probleme vorgenommen werden¹⁷. Assoziierte psychische

- 3) Im Folgenden nur noch GD bzw. GI genannt. Zur Vermeidung von Doppelnennungen wird hier vorrangig der Begriff der GI genutzt, wenn inhaltlich nicht anders geboten.
- 4) Vgl. Korte, Methodenkritische Kommentierung der S2k-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – Diagnostik und Behandlung (unveröffentlicht), S. 2. Die Kommentierung wurde der Autorin auf Nachfrage zur Einsicht vorgelegt.
- 5) Romer/Wiech, Leitlinienreport, S. 6.
- 6) Romer/Wiech, Leitlinienreport, S. 6.
- 7) Die römischen Ziffern beziehen sich auf die jeweiligen Kapitel der Leitlinie.
- 8) Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), AWMF-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – Diagnostik und Behandlung (S2k), S. 32 (zuletzt abgerufen am 22.7.2025: https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-014l_S2k_Geschlechtsinkongruenz-Geschlechtsdysphorie-Kinder-Jugendliche_2025-06.pdf).
- 9) Leitlinie, S. 33 ff.
- 10) DGKJP, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter, S. 151, 184, 207 f., 226 f.
- 11) Leitlinie, S. 182, 205, 225.
- 12) Leitlinie, S. 182, 205, 225.
- 13) Vgl. dazu die Anmerkungen von Zepf et al., Gemeinsame Kommentierung des aktuellen Entwurfs der neuen S2k-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter“, S. 59 (zuletzt abgerufen am 22.7.2025: https://www.zi-mannheim.de/fileadmin/user_upload/downloads/forschung/KJP_downloads/Gemeinsame_Kommentierung_Leitlinienentwurf_S2k-240521.pdf) und das Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) im Rahmen der Leitlinie: DGKJP, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter, S. 205.
- 14) DGKJP, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter, S. 189, 209, 228.
- 15) Leitlinie, S. 175.
- 16) Leitlinie, S. 188, 208.
- 17) Leitlinie, S. 74.

Störungen sollen daraufhin eingeschätzt werden, in welchem Verhältnis sie zur geschlechtsdysphorischen Symptomatik stehen, um einen differentialdiagnostischen Ursprung, welcher nicht auf einer persistierenden GI beruht, auszuschließen¹⁸. Die Leitlinie unterscheidet hierbei zwischen Gender-Unzufriedenheit und GI, wobei erstere ein passagerer Zustand ist, der deutlich häufiger vorkommt als eine persistierende GI und zu einer vorübergehenden Selbstbeschreibung von jungen Menschen als transgeschlechtlich führen kann¹⁹. Für eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik spricht sich die Leitlinie jedoch nur aus, wenn Anhaltspunkte für entsprechende Auffälligkeiten vorliegen (IV.K1.)²⁰. Auch erhält diese Empfehlung nur den Grad einer moderaten „sollte“-Empfehlung. Aufgrund der überzufälligen Überschneidung von GI und Störungen aus dem Autismus-Spektrum sollte auf das Vorliegen entsprechender Anzeichen geachtet werden (IV.K6.)²¹. Ein generelles Autismus-Screening wird allerdings ausdrücklich nicht empfohlen²². Insgesamt sollen die bei einer GI häufig anzutreffenden assoziierten psychischen Störungen nicht als Ausschlussdiagnosen verstanden werden, sodass sie das Vorliegen einer GI nicht grundsätzlich ausschließen und vor der diagnostischen Feststellung dieser selbst nicht ausgeschlossen sein müssen²³.

Besonders herausgestellt wird immer wieder die Notwendigkeit einer ethisch reflektierten, einzelfallbezogenen Nutzen-Risiko-Abwägung, bei der sowohl die Konsequenzen der Vornahme als auch des Unterlassens eines körpermodifizierenden Eingriffes abgewogen werden müssen, bevor eine entsprechende Indikation gestellt wird²⁴. Dies wurde ausdrücklich auch in den Empfehlungen für die Pubertätsblockade, die Einleitung einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie und die Vornahme einer Mastektomie festgehalten (VII.K3a., VII.K14a., VII.K25a.)²⁵.

Sowohl die Indikationsstellung für die Gabe von Pubertätsblockern als auch für die Einleitung einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie sollte unabhängig von einem binären Zugehörigkeitsempfinden zu einem bestimmten Geschlecht und von der sexuellen Orientierung erfolgen (VII.K5., VII.K15.)²⁶. Lediglich im Rahmen der Empfehlungen zu den operativen Eingriffen kann aufgrund der fehlenden klinischen Erfahrung für nicht-binäre Jugendliche keine Empfehlung für brustchirurgische Eingriffe gegeben werden²⁷. Die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalytik (DGP) sprach sich dabei dagegen aus, den Bezug zu einem notwendig binären Zugehörigkeitsgefühl in den Empfehlungen wegzulassen, weil die Evidenzlage bezüglich nicht-binärer Jugendlicher rein spekulativ ist und aufgrund der Besonderheiten des adoleszenten Entwicklungsprozesses die nicht-binäre Identifizierung hier zur Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben gehören kann und somit frühzeitige medizinische Interventionen zu vermeiden sind²⁸.

b) Pubertätsblockade

Die Empfehlungen zur Pubertätsblockade enthalten einige zusätzliche Spezifizierungen bezüglich des benötigten Leidensdrucks. Zum einen muss dieser hier nach der Pubertät entstanden oder durch diese verstärkt worden sein (siehe dazu VII.K3.)²⁹. Zum anderen kann bei Jugendlichen in einem frühen Stadium der Pubertät bereits ein antizipatorischer Stress, bei dem die Angst vor der fortschreitenden Virilisierung bzw. Feminisierung des eigenen Körpers im Vordergrund steht, das Kriterium des körperdysphorischen Leidensdrucks erfüllen³⁰.

Die Indikation soll nicht vor dem Tanner Stadium 2 als frühestmöglichen Zeitpunkt gestellt werden (VII.K6.)³¹. Tritt das dysphorische Erleben erstmalig im Laufe der Pubertät auf, bedarf es üblicherweise einer diagnostischen-explorativen Prozessbegleitung über mehrere Monate³². Eine Mindestdauer für diesen Prozess wird jedoch nicht festgelegt. Auch ist das Durchlaufen einer sozialen Transition kein notwendiges Kriterium für die Einleitung einer

Pubertätsblockade (VII.K8.)³³. Grundsätzlich kann eine Pubertätsblockade aber auch in einem späterem Pubertätsstadium noch indiziert sein (VII.K7.)³⁴.

Kommt es durch den Zeitdruck, der durch die erwarteten körperlichen Veränderungen entsteht, und den oftmals langen Wartezeiten in der medizinischen Versorgungspraxis zu einer Situation, in der ein mehrmonatiges Abwarten nicht vertretbar wäre, soll ein möglichst zeitnaher Zugang zu psychologisch-psychiatrischer Abklärung und medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, mitunter auch unter Umgehung bestehender Wartelisten, gewährleistet werden (VII.K4.)³⁵.

c) Gegengeschlechtliche Hormontherapie

Neben dem geschlechtsdysphorischen Leidensdruck, welcher nach Pubertätseintritt bestehen muss, muss das transgeschlechtliche Empfinden seit mehreren Jahren bestehen, um die Indikation für eine gegengeschlechtliche Hormontherapie zu stellen (VII.K14.)³⁶. Eine vorherige Pubertätsblockade wird dabei nicht vorausgesetzt (VII.K16.)³⁷. Dagegen wird ein sozialer Rollenwechsel vor Beginn der Hormontherapie empfohlen, soweit die nötige Unterstützung vom sozialen Umfeld des Minderjährigen gegeben ist (VII.K17.)³⁸.

d) Operative Eingriffe

Für Minderjährige zieht die Leitlinie lediglich die Möglichkeit einer geschlechtsangleichenden Brust-Operation in Betracht und spricht aufgrund der Irreversibilität und der auch unter transgeschlechtlichen Erwachsenen oft nicht einheitlichen und sich verändernden Präferenzen bzgl. Genitaloperationen keine Empfehlung für genitalchirurgische Eingriffe aus³⁹. Dies betrifft in den meisten Fällen transmännliche Jugendliche, die eine Mastektomie wünschen⁴⁰. Eine feste Altersgrenze wird dabei nicht vorgeschlagen⁴¹. Vielmehr soll sich die Indikationsstellung nach dem individuellen Gesundheitszustand des Minderjährigen und den bereits oben angeführten Vorgaben für körpermodifizierende Indikationsstellungen richten⁴². Ferner muss eine persistierende Geschlechtsinkongruenz seit mehreren Jahren vorliegen (VII.K25.)⁴³.

Regelmäßig kommen operative Eingriffe erst nach einer mehrjährig stimmig gelebten sozialen Transition sowie einer mehrere Monate andauernden Hormontherapie in Frage, jedoch räumt die Leitlinie ein, dass in Einzelfällen auch der Wunsch nach einer Mastektomie ohne vorherige Testosteronbehandlung vorliegen kann⁴⁴. Weder für geschlechtsanglei-

18) Leitlinie, S. 74f., 97, 103.

19) Leitlinie, S. 26, 74, 100.

20) Leitlinie, S. 92.

21) Leitlinie, S. 98.

22) Leitlinie, S. 98.

23) Leitlinie, S. 100.

24) Vgl. dazu u. a. Leitlinie, S. 5, 31, 34, 38, 167, 175, 204.

25) Leitlinie, S. 189, 210, 229.

26) Leitlinie, S. 192, 213.

27) Leitlinie, S. 229.

28) Leitlinie, Anhang A, S. 3f.

29) Leitlinie, S. 189.

30) Leitlinie, S. 187.

31) Leitlinie, S. 194.

32) Leitlinie, S. 188.

33) Leitlinie, S. 195.

34) Leitlinie, S. 195.

35) Leitlinie, S. 190.

36) Leitlinie, S. 209.

37) Leitlinie, S. 215.

38) Leitlinie, S. 216.

39) Leitlinie, S. 223f.

40) Leitlinie, S. 224.

41) Leitlinie, S. 225.

42) Leitlinie, S. 225.

43) Leitlinie, S. 228.

44) Leitlinie, S. 230.

chende Eingriffe an Jugendlichen ohne vorherige Hormontherapie noch bei solchen ohne vorherige soziale Transition gibt es bis jetzt evidenzbasierte Erkenntnisse⁴⁵. Hinsichtlich letzterer spricht die Leitlinie eine Empfehlung für eine vorherige Erprobung der gewünschten Geschlechtsrolle aus, soweit die entsprechende Unterstützung dafür vorhanden ist (VII.K26.)⁴⁶. Bezüglich einer vorherigen Hormontherapie spricht sich die Leitlinie zwar dafür aus, dass ein Beobachtungszeitraum von sechs Monaten sinnvoll ist, um vor einem operativen Eingriff zu beurteilen, ob sich die Persistenz der empfundenen Geschlechtsidentität unter dem Eindruck der hormonell induzierten körperlichen Veränderungen nochmal ändert, jedoch empfiehlt sie gleichermaßen, in begründeten Einzelfällen einen brustchirurgischen Eingriff auch ohne vorherige Hormonbehandlung zu erwägen (VII.K27.)⁴⁷.

e) Psychotherapeutische Interventionen

Da aktuell davon auszugehen ist, dass es keine ursächliche psychotherapeutische Behandlung der GD gibt, können psychotherapeutische Interventionen entweder nur prozessbegleitend bzw. supportiv sein oder assoziierte psychische Störungen behandeln⁴⁸. Da aufgrund der Entpathologisierung der GI diese selbst nicht mehr als psychologische Störung geführt wird, braucht es eine separate Indikation für das Angebot einer Richtlinienpsychotherapie⁴⁹. Die psychotherapeutischen Angebote beschränken sich jedoch nicht nur auf Richtlinientherapien, sondern ermöglichen auch niederfrequente Gesprächsangebote zur fachlichen Begleitung und Unterstützung⁵⁰, welche den Betroffenen angeboten und zur Verfügung gestellt werden sollen (V.K1)⁵¹. Auch wird empfohlen, dass im Rahmen einer begonnenen oder angestrebten sozialen Transition eine psychotherapeutische Prozessbegleitung angeboten werden kann (V.K4.)⁵².

Eine Verpflichtung zur Psychotherapie als Vorbedingung für den Zugang zu körpermodifizierenden Maßnahmen wird ausdrücklich ausgeschlossen und ist nach Ansicht der Leitlinienautoren „aus Gründen des Respekts vor der Würde und Selbstbestimmung der Person ethisch nicht gerechtfertigt“ (V.K1.)⁵³. Dies wurde bereits vor einer inhaltlichen Auseinandersetzung in der Präambel festgesetzt⁵⁴. Im Rahmen ihres Sondervotums kritisierte die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) diesen Grundsatz als „eine nicht wissenschaftlich begründbare ‚Leitplanke‘ [...], die die weitere objektive Abwägung für moralisch unzulässig erklärt.“⁵⁵

3. Empfehlungen zur Einwilligungsfähigkeit und Aufklärung

Die Leitlinie thematisiert Fragen zur Einwilligung und Aufklärung sowohl im Rahmen der medizinischen Empfehlungen als auch in einem gesonderten Kapitel, welches einen Überblick über die aktuelle Rechtslage sowie grundlegende ethische Einschätzungen gibt.

Grundsätzlich soll die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit bei körpermodifizierenden Maßnahmen im Rahmen der Indikationsstellung durch eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychotherapeutische Fachperson vorgenommen werden (VII.K9, VII.K20., VII.K29.)⁵⁶. Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit sollte der Minderjährige beim Erlangen dieser Fähigkeit gefördert werden (VII.K9, VII.K20., VII.K29.)⁵⁷. Aufgrund der großen Bedeutung, die die familiäre Unterstützung für die psychische Gesundheit der Betroffenen hat⁵⁸, sollte unabhängig von den rechtlichen Erfordernissen ein Co-Konsens hinsichtlich aller körpermodifizierender Maßnahmen angestrebt werden (VII.K10., VII.K21., VII.K30.)⁵⁹. In Fällen, in denen kein Co-Konsens erzielt werden kann, sollte der Familie eine Prozessbegleitung durch eine geeignete Fachperson angeboten werden (VII.K11., VII.K22., VII.K31.)⁶⁰. Dabei geht die Leitlinie jedoch nicht darauf ein, wie eine solche Prozessbegleitung aussehen sollte.

Je nach Eingriff soll die Aufklärung sowohl die jeweiligen somatischen Nebenwirkungen und Risiken als auch Informationen zu Sexualität, Beziehungs-/Körpererleben, Fertilität und entsprechenden fertilitäts-erhaltenden Maßnahmen enthalten (VII.K19., VIII.K1., VIII.K2., VIII.K3.)⁶¹.

Hinsichtlich der rechtlichen Anforderungen bezieht sich die Leitlinie vorrangig auf ein bis dato unveröffentlichtes Gutachten von *Gutmann*⁶². Aufgrund des für diesen Aufsatz festgelegten, begrenzten Fokus kann hier jedoch keine detaillierte Auseinandersetzung mit den dortigen Ausführungen zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit und dem Aufklärungsumfang erfolgen.

III. Inner- und außerfachliche Kontroverse und ihre Konsequenzen

Als im Frühjahr 2024 die Entwurfsfassung für die fachöffentliche Kommentierungsphase erschien, waren ursprünglich nur letzte redaktionelle Veränderungen angedacht gewesen⁶³. Es kam jedoch anders. Verschiedenste Gruppierungen und Einzelpersonen, sowohl von innerhalb der Leitlinienkommission als auch von außerhalb, meldeten sich mit teilweise schwerwiegender Kritik zu Wort. Darunter befand sich eine 112-seitige Kommentierung von 14 Kinder- und Jugendpsychiatern unter der Federführung von *Florian Zepf*⁶⁴, ehemaliges Mitglied der Steuerungsgruppe der Leitlinie, eine methodenkritische Kommentierung von *Alexander Korte*⁶⁵, ehemaliges Mitglied der Leitlinienkommission, und eine Pressemitteilung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern⁶⁶. Auch in den Sondervoten innerhalb der Leitlinie lassen sich einige Diskurslinien erkennen⁶⁷. So wurde beispielsweise bereits die Präambel von der DGPPN abgelehnt⁶⁸. Unter anderem aus dem Grund, dass „bevor irgendwelche

45) Leitlinie, S. 230f.

46) Leitlinie, S. 231.

47) Leitlinie, S. 232.

48) Leitlinie, S. 112.

49) Leitlinie, S. 113.

50) Leitlinie, S. 114.

51) Leitlinie, S. 116.

52) Leitlinie, S. 134.

53) Leitlinie, S. 116.

54) Leitlinie, S. 34.

55) Leitlinie, Anhang A, S. 12.

56) Leitlinie, S. 200, 220, 234.

57) Leitlinie, S. 200, 220, 234.

58) Leitlinie, S. 200.

59) Leitlinie, S. 201, 221, 235.

60) Leitlinie, S. 202, 222, 235.

61) Leitlinie, S. 219, 245, 250.

62) *Gutmann*, Rechtswissenschaftliches Gutachten zu den Erfordernissen einer rechtswirksamen Einwilligung in eine pubertätsunterdrückende oder geschlechtsangleichende somatomedizinische Behandlung von Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie, 2023, (unveröffentlicht). Das Gutachten wurde der Autorin auf Nachfrage zur Einsicht vorgelegt.

63) *Zepf et al.*, Gemeinsame Kommentierung des aktuellen Entwurfs der neuen S2k-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter“, S. 2.

64) *Zepf et al.*, Gemeinsame Kommentierung des aktuellen Entwurfs der neuen S2k-Leitlinie. „Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter“.

65) *Korte*, Methodenkritische Kommentierung der S2k-Leitlinie (unveröffentlicht). Die Kommentierung wurde der Autorin auf Nachfrage zur Einsicht vorgelegt.

66) Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, 22.5.2024 (zuletzt abgerufen am 22.7.2025: https://www.aek-mv.de/fileadmin/user_upload/aek-mv/presse/2024-05-21_Geschlechtsdysphorie_Literatur.pdf).

67) S. beispielsweise die bereits erwähnten Sondervoten der DGP und der DGPPN im Abschnitt II. 2. a) bzw. e.).

68) DGKJP, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter, S. 35.

wissenschaftliche Evidenz gewichtet wurde, ein primär affirmativer Ansatz gewählt [wurde], der Wunsch und Wille der Beratung bzw. Behandlung suchenden Person zum einzigen relevanten Maßstab macht.“⁶⁹ Ferner wurde die Leitlinie von zwei der ursprünglich 26 beteiligten Fachgesellschaften, der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualpsychologie (DGSMP, vormals DGSMTW) und der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU), nicht konsentiert⁷⁰. Neben dieser innerfachlichen Kritik äußerten sich auch besorgte Stimmen von Angehörigen Betroffener, wie in dem offenen Brief der Elterninitiative „Transteens Sorgeberechtigt“⁷¹.

1. Inhaltliche Kritik

Die geäußerte inhaltliche Kritik lässt sich grob in zwei Bereiche einteilen: zum einen das Fehlen aktueller Erkenntnisse und Studien und zum anderen das Bestehen von Defiziten innerhalb der bestehenden, einbezogenen Evidenz und den zugrunde liegenden Konzepten.

a) Einbezug aktueller Erkenntnisse

Zum Zeitpunkt der Entwurfsfassung lagen einige relevante, aktuelle Studien und Berichte vor, welche nicht in die ursprüngliche systematische Literaturrecherche der Kommission aufgenommen werden konnten. Dies betrifft unter anderem die finale Version des Cass Review⁷², die dafür angefertigten systematischen Übersichtsarbeiten von Taylor et al.⁷³, sowie die Übersichtsarbeit von Zepf et al.⁷⁴. Der von der Pädiaterin Hilary Cass für den NHS⁷⁵ angefertigte Bericht befasst sich umfassend mit den Behandlungspfaden für geschlechtsdysphorische Minderjährige und der Bewertung der bestehenden Evidenz für körpermodifizierende Interventionen⁷⁶. Aufgrund der schwachen Evidenz und der nicht eindeutigen Prognostizierbarkeit der Persistenz einer GI bei Jugendlichen spricht sich der Bericht für einen deutlich vorsichtigeren Umgang mit medizinischen Transitionsmaßnahmen aus, welche nur für einen kleinen Anteil der Patientenkohorte in Frage kommen sollten⁷⁷. Vorrangig sollen psychotherapeutische und psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen angeboten werden⁷⁸. Auch die Arbeit von Zepf et al. untersuchte die Evidenzlage zur Gabe von gegen geschlechtlichen Hormonen sowie Pubertätsblockern und kam zu einem ähnlich ernüchternden Ergebnis hinsichtlich der Evidenz für körpermodifizierende Maßnahmen⁷⁹.

Nachdem Kritiker das Fehlen neuerer Literatur monierten⁸⁰, wurde diese im Rahmen der Überarbeitung noch ausgewertet und in der finalen Leitlinie berücksichtigt⁸¹.

Das Einbeziehen der neuen Evidenz, vor allem im Kapitel zur Indikationsstellung (VII.), aber auch im Rahmen der assoziierten psychischen Störungen (IV.), sowie die inhaltliche Auseinandersetzung mit dieser stellt den Großteil der erfolgten Änderungen in der finalen Version dar.

b) Defizite innerhalb der Empfehlungen und der ihnen zugrunde liegenden Konzepten

Die Auswahl der erläuterten Einwände soll hier einen Einblick in die allgemeinen Defizite der Leitlinie als auch in die speziellen Kritikpunkte an konkreten Empfehlungen ermöglichen.

aa) Vorläufige Indikationsstellung

Ursprünglich sah die Fassung von 2024 noch die Möglichkeit einer vorläufigen Indikationsstellung vor, bei der aufgrund von besonderer zeitlicher Dringlichkeit eine Pubertätsblockade bereits vor Vornahme der diagnostischen kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Prozessbegleitung, also dem eigentlichen Indikationsstellungsprozess, durch die pädiatrisch-endokrinologische Fachperson eingeleitet werden könne⁸². Das Fehlen einer sorgfältigen Diagnostik würde jedoch dem Erfordernis einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung nicht nachkommen und könnte

gerade bei der Anwendung von körperlich eingreifenden Maßnahmen ohne sichere Evidenzbasis zu irreversiblen psychischen und körperlichen Schäden führen⁸³. In der finalen Fassung wurde diese Empfehlung gestrichen und durch die Maßgabe eines möglichst zeitnahen Zugangs zu Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten, mitunter unter Umgehung der Wartelisten, ersetzt (VII.K4.)⁸⁴.

bb) Vage Formulierungen

Ein weiterer Einwand bezieht sich auf die teilweise vage formulierten Voraussetzungen der Empfehlungen. So ist beispielsweise nicht klar, was mit „speziellen Fachkenntnissen“ der indikationsstellenden Person (VII.K0.) gemeint ist und wie dabei die Kenntnis und Interpretation der aktuellen Evidenzlage einzustellen ist⁸⁵. Hier ergibt sich die Gefahr, dass die Behandlungsentscheidung von einzelnen selbsternannten Experten getroffen wird, wodurch die Qualität der Versorgungslage vom jeweiligen aufgesuchten Mediziner abhängt und keine flächendeckende Vergleichbarkeit hergestellt werden kann. Diese Gefahr kann auch nicht ausreichend durch die Festsetzung formaler Anforderungen an die Fachkenntnisse (VII.K2.) oder durch das Erfordernis der interdisziplinären Zusammenarbeit, wenn diese bereits durch die zweigleisige Indikationsstellung durch eine psychologisch-psychiatrische und eine endokrinologische Fachperson gegeben ist (VII.K1.), kompensiert werden. Eine bessere Option könnte hier die Entscheidungsfindung durch ein multiprofessionelles Team sein⁸⁶.

69) DGKJP, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter, Anhang A, S. 13.

70) Romer/Wiech, Leitlinienreport, S. 3, 9ff.

71) Allison, Trans Teens Sorge berechtigt, Blog, 14. 4. 2024 (zuletzt abgerufen am 22. 7. 2025): <https://transteens-sorge-berechtigt.net/466-stopp-leitlinie-gi-gd-kiju.html>.

72) Cass, The Cass Review, Independent review of gender identity services for children and young people, April 2024, (zuletzt abgerufen am 22. 7. 2025): <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20250310143933/https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>.

73) Taylor et al., Archives of Disease in Childhood 2024 (a), 3; Taylor et al., Archives of Disease in Childhood 2024 (b), 33; Taylor et al., Archives of Disease in Childhood 2024 (c), 48; Taylor et al., Archives of Disease in Childhood 2024 (d), 57.

74) Zepf et al., Beyond NICE: Aktualisierte systematische Übersicht zur Evidenzlage der Pubertätsblockade und Hormongabe bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2024, 1.

75) National Health Service.

76) Vgl. Cass, The Cass Review, Independent review of gender identity services for children and young people, S. 20.

77) Vgl. Cass, The Cass Review, Independent review of gender identity services for children and young people, S. 30, 35.

78) Vgl. Cass, The Cass Review, Independent review of gender identity services for children and young people, S. 30f.

79) Zepf et al., Beyond NICE: Aktualisierte systematische Übersicht zur Evidenzlage der Pubertätsblockade und Hormongabe bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2024, 1, 17.

80) Vgl. Zepf et al., Gemeinsame Kommentierung des aktuellen Entwurfs der neuen S2k-Leitlinie, S. 12ff.; Allison, Trans Teens Sorge berechtigt, Blog, 14. 4. 2024.

81) Vgl. Romer/Wiech, Leitlinienreport, Anhang G, S. 2f.

82) DGKJP, Entwurfsfassung der AWMF-Leitlinie, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – Diagnostik und Behandlung (S2k), S. 152 (VII.K4.).

83) Zepf et al., Gemeinsame Kommentierung des aktuellen Entwurfs der neuen S2k-Leitlinie, S. 62f.

84) DGKJP, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter, S. 190.

85) Zepf et al., Gemeinsame Kommentierung des aktuellen Entwurfs der neuen S2k-Leitlinie, S. 59.

86) Zepf et al., Gemeinsame Kommentierung des aktuellen Entwurfs der neuen S2k-Leitlinie, S. 59; Cass, The Cass Review, S. 35.

cc) Ungeklärte Grundlagen

Nicht nur konkrete Empfehlungen, sondern auch wesentliche Konzepte und Grundsatzfragen, welche von der Leitlinie nicht explizit geklärt oder ohne weitergehende Problematisierung vorausgesetzt werden, stehen in der Kritik. So werden grundlegende terminologische Begrifflichkeiten nicht geklärt. Der Begriff „Gender“ steht regelmäßig im Fokus und wird auch zur weiteren Definition von den Begriffen „gender-nonkonform“ und „Gender-Unzufriedenheit“ im Glossar der Leitlinie verwendet, während er selbst hingegen nicht definiert wird⁸⁷. Eine für den Kontext der Leitlinie eindeutige Festlegung ist jedoch insofern notwendig, als dass verschiedene Bedeutungen mit unterschiedlichen Implikationen mit dem Begriff verknüpft sein können. Die Philosophin *Kathleen Stock* beschreibt beispielsweise vier verschiedene Verwendungsmöglichkeiten des Begriffs „Gender“: als synonyme Verwendung zum Begriff „sex“, also das biologische Geschlecht beschreibend, als Beschreibung kulturabhängiger sozialer Normen und Erwartungen an „Maskulinität“ und „Femininität“, die sich ursprünglich an biologische Männer und Frauen richteten, als Zuschreibung sozialer Rollen und als Definition der Geschlechtsidentität⁸⁸.

Eng verbunden mit dem Begriff des „Gender“, vor allem in seiner Ausprägung als Geschlechtsidentität, ist die Frage nach dem ihm zugrundeliegenden Identitätsbegriff. Eine explizite Klärung, was Geschlechtsidentität im Kontext dieser Leitlinie bedeutet, findet sich nicht. Impliziert wird jedoch die Annahme einer von Natur aus bestehenden, dauerhaften und unveränderbaren „identitären Disposition“ in Bezug auf das eigene Geschlechtererleben⁸⁹. Die empirische Nachweisbarkeit einer solchen oder auch welches theoretische Identitätsmodell dieser Vorstellung zugrunde liegen könnte, wird jedoch nicht problematisiert⁹⁰. Die fehlende Klarheit hinsichtlich dessen, was die Geschlechtsidentität eigentlich ist, bringt hier das Fundament der GI zum Wackeln.

Die definitorische Trennschärfe fehlt gleichermaßen beim Begriff der Gender-Unzufriedenheit. Dieses im Glossar der Leitlinie als Störgefühl in Bezug auf gender-bezogene Rollenerwartungen beschriebene Phänomen, welches auch zum Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, führen kann, wird von der GI lediglich dahin abgegrenzt, dass es meist nicht ins Erwachsenenalter persistiert und weniger tiefgreifend ist⁹¹. Da Jugendliche, die lediglich unter einer Gender-Unzufriedenheit leiden, nicht von einer medizinischen Transition profitieren würden, kommt der Unterscheidung zwischen eben dieser und einer stabilen GI eine essenzielle Bedeutung für die Diagnostik zu. Eine Auseinandersetzung damit, welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit ein solches Störgefühl mehr als nur eine passagere Phase im Jugendalter, sondern eine „identitäre Disposition“ im Sinne einer unveränderlichen, dauerhaften Geschlechtsidentität darstellt, fehlt allerdings. Weder eine theoretische Grundlage des Identitätsbegriffs noch exemplarische Kriterien lassen hier eine valide Abgrenzung zu.

Ferner ist es fraglich, ob GI und Gender-Unzufriedenheit tatsächlich immer eindeutig abgrenzbare Phänomene darstellen, wie die Autoren der Leitlinie suggerieren⁹². In der Längsschnittstudie von *Rawee et al.*, welche auch in der Leitlinie besprochen wird⁹³, wurde die Prävalenz der Gender-Unzufriedenheit (im engl. „gender-incontentness“) vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter untersucht⁹⁴. Hier wird sie als umfassenderes Konzept als die GD beschrieben, wobei entsprechende Personen unglücklich mit ihrem gebürtigen Geschlecht sind⁹⁵. Dabei berichteten von 3315 Teilnehmern nur 2 % von einer ins Erwachsenenalter zunehmenden Gender-Unzufriedenheit, während diese bei 19 % abnahm und bei 78 % zu keinem Zeitpunkt gegeben war⁹⁶. Gemessen wurde die Unzufriedenheit anhand der Zustimmung zur Aussage „I wish to be of the opposite sex“⁹⁷. Eine positive Antwort hierauf lässt jedoch allein noch keine Unterscheidung zwischen denjenigen, die lediglich unzufrieden mit geschlechtsbezogenen Aspekten ihrer Lebensrealität sind und denjenigen, die

weitere Diagnosekriterien einer GI erfüllen, zu⁹⁸. Daneben wird dieses Kriterium auch im Zusammenhang mit der Diagnostik von GD bzw. GI benutzt, wie in einer aktuellen deutschen Studie, in der es im Rahmen der Bestimmung des Zeitpunkts des Einsetzens von GD zum Einsatz kommt⁹⁹. *Rawee et al.* beschreiben selbst, dass jemand mit GD auch Gender-Unzufriedenheit erleben kann¹⁰⁰.

Zur tatsächlichen Abgrenzung taugt dieser Begriff allein insofern nicht. Auch lässt sich nicht sagen, inwiefern der mehrheitliche Rückgang dieser Unzufriedenheit und dem dazugehörigen Störgefühl möglicherweise nicht auch bei Minderjährigen zu verzeichnen ist, die gleichzeitig die Kriterien einer GI erfüllen.

Weitreichendere Fragen zu den konzeptionellen Grundlagen lassen sich daneben auch noch im Kern der Neukonzeptionierung der GI durch das ICD-11, also der Frage nach der Entpathologisierung und dem zugehörigen Krankheitsbegriff, finden¹⁰¹. Eine Aufarbeitung dessen würde jedoch über das Ziel dieses Aufsatzes hinausgehen, vor allem da es sich dabei um ein allgemeines und nicht um ein spezielles Problem der Leitlinie handelt.

dd) Orientierung an der SOC8 der WPATH

Des Weiteren steht im Fokus der Debatte die starke Orientierung an den Standards of Care in der achten Version der WPATH¹⁰². Nicht nur inhaltlich, sondern teilweise auch vom Aufbau und Wortlaut selbst, soweit man ihn ins Englische übersetzt, ähnelt der Text der Leitlinie dem der SOC8, wie bereits die SEG¹⁰³ herausgearbeitet und übersichtlich dargestellt hat¹⁰⁴.

Die Qualität der SOC8 wurde in letzter Zeit wiederholt in Frage gestellt. Daten-Leaks der WPATH zeigten, dass auch innerhalb der Organisation selbst Bedenken bestehen, beispielsweise hinsichtlich der tatsächlichen Möglichkeit einer informierten Einwilligung durch die Minderjährigen selbst¹⁰⁵.

87) Im Glossar findet sich kein Eintrag zu „Gender“. S. dazu: DGKJP, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter, S. 24 ff.

88) *Stock*, Material Girls, 2022, S. 37 f.

89) *Zepf et al.*, Gemeinsame Kommentierung des aktuellen Entwurfs der neuen S2k-Leitlinie, S. 7 f.

90) *Zepf et al.*, Gemeinsame Kommentierung des aktuellen Entwurfs der neuen S2k-Leitlinie, S. 8.

91) DGKJP, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter, S. 21, 26.

92) Vgl. DGKJP, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter, S. 26.

93) DGKJP, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter, S. 49 ff.

94) *Rawee et al.*, Archives of Sexual Behavior 2024, 1813.

95) *Rawee et al.*, Archives of Sexual Behavior 2024, 1813.; s. auch: *Potter et al.*, Journal of Child Psychology and Psychiatry 2021, 1, 15.

96) *Rawee et al.*, Archives of Sexual Behavior 2024, 1813, 1815, 1818 f.

97) *Rawee et al.*, Archives of Sexual Behavior 2024, 1813, 1815. Dieses Kriterium entstammt dem Youth-Self Report, siehe dazu: *Achenbach/Rescorla*, Manual for the ASEBA school-age forms & profiles, 2001.

98) Vgl. SEG¹⁰³, 2025 German Guidelines for Diagnosis and Treatment of Gender Incongruence and Gender Dysphoria of Childhood and Adolescence, 26.3.2025 (zuletzt abgerufen am 22.7.2025: <https://segm.org/German-guidelines-gender-dysphoria-youth-2025>).

99) Vgl. *Fahrenkrug et al.*, Archives of Sexual Behavior 2025, 1341, 1346.

100) Vgl. *Rawee et al.*, Archives of Sexual Behavior 2024, 1813.

101) Vgl. *Zepf et al.*, Gemeinsame Kommentierung des aktuellen Entwurfs der neuen S2k-Leitlinie, S. 18 ff.

102) World Professional Association For Transgender Health.

103) Society For Evidence Based Gender Medicine.

104) Vgl. SEG¹⁰³, 2025 German Guidelines for Diagnosis and Treatment of Gender Incongruence and Gender Dysphoria of Childhood and Adolescence, 26.3.2025.

105) Vgl. *Hughes*, Environmental Progress, 4.3.2024, S. 11 f., 192 f. (zuletzt abgerufen am 22.7.2025: <https://environmentalprogress.org/big-news/wpath-files>).

Dazu kommen Hinweise auf die Einflussnahme der WPATH auf die Unabhängigkeit und die Ergebnisse der von ihnen für die SoC8 beim Zentrum für Evidenzbasierte Praxis der John-Hopkins-Universität (EPC) 2018 in Auftrag gegebenen systematischen Literaturrecherchen¹⁰⁶. Veröffentlichte Unterlagen aus einem Gerichtsprozess zeigen die 2020 veränderten Grundsätze und Richtlinien, denen Autoren bei der Erstellung ihrer Manuskripte folgen müssen¹⁰⁷. Dazu gehört unter anderem, dass bei der Ausarbeitung, Entwurfserstellung und bei der Finalisierung des Artikels der Arbeitsgruppenleiter des jeweiligen Kapitels oder ein ausgewählter Vertreter des Kapitels oder der Vorsitzende oder die Co-Vorsitzenden der SoC8 involviert sein müssen¹⁰⁸. Inwieweit eine inhaltliche Einflussnahme durch die Verantwortlichen der SoC8 auf die ihr zugrundeliegenden systematischen Recherchen stattgefunden hat, lässt sich dadurch nicht ergründen, jedoch eröffnen die aufgeführten Richtlinien ernstzunehmende Zweifel an der Unabhängigkeit der Recherchen. Die Anzahl der in Auftrag gegebenen, aber nicht veröffentlichten Recherchen spricht des Weiteren für eine Publikationsverzerrung¹⁰⁹. Eine zu starke Orientierung an den SoC8 erscheint in diesem Licht problematisch.

2. Einwände gegen Verfahren und Methodik

Wie bereits eingangs erwähnt, nimmt die Leitlinie eine Doppelfunktion ein, zum einen als Informationsquelle für den aktuellen Wissensstand und zum anderen als Orientierung für die klinische Praxis. Ihre Nützlichkeit als Orientierungshilfe wird allerdings durch mehrere Unzulänglichkeiten eingeschränkt. Zum einen fehlen den Empfehlungen zugehörige Empfehlungsfragen und Begründungen¹¹⁰. Auch enthalten Formulierungen wie „können [...] eingesetzt werden“¹¹¹, beispielsweise im Rahmen der Empfehlung VIII. K4, zur Unterdrückung der Periode durch gestagenhaltige Pillenpräparate, keine konkreten Anweisungen, denen der Anwender folgen könnte, sondern stellen lediglich informative Aussagen dar, obwohl sie ausdrücklich als Empfehlung bezeichnet werden¹¹². Zum anderen wird aufgrund der Einordnung der Empfehlungen als Konsensempfehlungen nur ihre Konsensstärke und nicht ihre Empfehlungsstärke angegeben. Dadurch kann der Anwender keine Informationen darüber erlangen, ob die empfohlenen Maßnahmen fast alle Patienten oder nur die Mehrheit dieser erhalten sollen, wie dies bei einer formalen Bewertung der Empfehlungsstärke möglich wäre¹¹³. Dem kann auch nicht entgegengehalten werden, dass aufgrund der geringen Evidenz nur konsensbasierte Empfehlungen möglich waren. Die Erstellung evidenzbasierter Leitlinien und entsprechender Empfehlungen ist grundsätzlich auch bei schwacher Evidenz möglich¹¹⁴. Dies ergibt sich bereits aus dem im AWMF-Regelwerk geschilderten Vorgehen, wonach eine Evidenzbasierung vorliegt, wenn, „die zugrundeliegende Evidenz für die Fragestellung der betreffenden Empfehlung systematisch gesucht wurde, der Studieneinschluss anhand prospektiv festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien erfolgte, eine kritische Bewertung der Aussagesicherheit der Studien erfolgte und ein Evidenz- oder Qualitätsgrad vergeben wurde“¹¹⁵. Es kann sich folglich immer auf die beste verfügbare Evidenz bezogen werden, auch wenn diese selbst schwach ist.

Daneben wurden auch die von der Leitlinie getroffenen Evidenzaussagen selbst kontrovers aufgefasst. So besagt die Leitlinie, dass aus nicht kontrollierten Verlaufstudien Hinweise dafür vorliegen, dass eine gestufte körpermodifizierende Behandlung zu einer langfristigen Verbesserung der Lebensqualität und der psychischen Gesundheit führt (VII.E1.)¹¹⁶. Sie bezieht sich dabei auf lediglich drei Studien und räumt ein, dass die Evidenz zu dieser Aussage unsicher ist¹¹⁷. Die aufgeführten Studien von *Cohen-Kettenis* und *van Goozen* sowie von *de Vries et al.* weisen jedoch erhebliche methodische Mängel auf und halten Standards wie die PICO-Kriterien nicht ein,

weshalb sie auch nicht im Rahmen der systematischen NICE-Übersichtsarbeiten¹¹⁸ miteinbezogen wurden¹¹⁹. Entsprechende Hinweise für positive Effekte der Körpermodifizierung wurden in den NICE-Arbeiten, aber auch in anderen aktuellen Übersichtsarbeiten, die vergleichbaren methodischen Standards folgen, nicht oder nur in einem geringen Maß gefunden¹²⁰. Welchen Mehrwert diese Aussage für die auf sie folgenden Empfehlungen darstellt, ist insofern fraglich.

Auch die Zusammensetzung der Leitlinienkommission, insbesondere die beteiligten Selbstvertretungs- und Interessensgruppen, soll hier kurz Erwähnung finden. Die Einbindung von Interessensgruppen ist grundsätzlich ein sinnvoller Schritt, um die Integration von Betroffenenpers-

106) The Economist, 29. 6. 2024. (zuletzt abgerufen am 22. 7. 2025: <https://www.economist.com/united-states/2024/06/27/research-into-trans-medicine-has-been-manipulated>). Dieser Artikel wurde von SEGM reproduziert. (zuletzt abgerufen am 22. 7. 2025: <https://segm.org/The-Economist-WPATH-Research-Trans-Medicine-Manipulated>).

107) Ebd.

108) SEGM, WPATH Influence Undermines WHO's Transgender Guidelines, 11. 7. 2024, (zuletzt abgerufen am 22. 7. 2025: <https://segm.org/wpath-evidence-manipulation-risks-discrediting-who-transgender-guidelines#WPATH%20suppressed%20its%20evidence%20reviews%20on%20hormone%20use>). Die entsprechenden Dokumente aus dem Gerichtsprozess wurden von SEGM erneut veröffentlicht (zuletzt abgerufen am 22. 7. 2025: <https://segm.org/sites/default/files/Boe%20v.%20Marshall%20Case%20222-cv-00184%20523-1%20Exhibit%201.pdf>).

109) Vgl. SEGM, WPATH Influence Undermines WHO's Transgender Guidelines, 11. 7. 2024.

110) Korte, Methodenkritische Kommentierung der S2k-Leitlinie (unveröffentlicht), S. 3.

111) DGKJP, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter, S. 252.

112) Korte, Methodenkritische Kommentierung der S2k-Leitlinie (unveröffentlicht), S. 3.

113) Korte, Methodenkritische Kommentierung der S2k-Leitlinie (unveröffentlicht), S. 4.

114) Korte, Methodenkritische Kommentierung der S2k-Leitlinie (unveröffentlicht), S. 2; SEGM, 2025 German Guidelines for Diagnosis and Treatment of Gender Incongruence and Gender Dysphoria of Childhood and Adolescence.

115) Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Das AWMF-Regelwerk Leitlinien, Version 2.2, S. 40 f. (zuletzt abgerufen am 22. 7. 2025: https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/dateien/downloads_regelwerk/2025-05-22_AWMF-Regelwerk_2025_V2.2.pdf).

116) DGKJP, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter, S. 167.

117) Ebd. Aufgeführt werden folgende Arbeiten: *Cohen-Kettenis, van Goozen*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1997, 263; *de Vries et al.*, The Journal of Sexual Medicine 2011, 2276; *de Vries et al.*, Pediatrics 2011, 696.

118) National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Evidence Review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender Dysphoria, 2020; NICE, Evidence Review: Genderaffirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria (zuletzt abgerufen am 22. 7. 2025: <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20250310144323/https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/>).

119) Zepf et al., Gemeinsame Kommentierung des aktuellen Entwurfs der neuen S2k-Leitlinie, S. 57 f. Zur weiteren methodischen Kritik siehe auch: *Abbruzzese et al.*, Journal of Sex & Marital Therapy 2023, 673, 676 ff.

120) NICE, Evidence Review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender Dysphoria, S. 45; NICE, Evidence Review: Genderaffirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria, S. 50; *Thompson et al.*, PLOS Global Public Health 2023, 1, 42 f.; *Zepf et al.*, Beyond NICE: Aktualisierte systematische Übersicht zur Evidenzlage der Pubertätsblockade und Hormongabe bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2024, 1, 17.

pektiven zu gewährleisten. Vorliegend einbezogen wurden die Organisationen „Bundesverband Trans*“ und „Trans* Kinder Netz“. Diese Auswahl ließ jedoch Initiativen, welche einem affirmativen Ansatz kritisch gegenüberstehen, außen vor¹²¹. In Frage gekommen wären beispielsweise die Elterninitiativen „Trans Teens Sorgeberechtigt“ oder die „Association pour les jeunes en questionnement de genre“. Die Darstellung dieser zusätzlichen Perspektive von Eltern und Sorgeberechtigten hätte neben der Verbesserung der Repräsentativität auch der Zielsetzung der Leitlinie entsprochen, welche sich nicht nur mit den geschlechtsdysphorischen Minderjährigen an sich auseinandersetzt, sondern aufgrund der besonderen Bedeutung des sozialen Unterstützungsnetzes auch immer wieder die familiäre Situation in den Fokus rückt¹²². Nach welchen Kriterien die Interessensgruppen ausgewählt wurden, wurde nicht dargelegt.

3. Beurteilung

Insgesamt schlägt die finale Fassung der Leitlinie deutlich vorsichtiger Töne an. Sie weist explizit auf die meist schwache Evidenzlage hin und erkennt an, dass der medizinische Transitionsprozess nur für einen kleinen Teil der Jugendlichen, die mit Unbehagen bezüglich ihres geschlechtlichen Erlebens und GD kämpfen, in Frage kommt. Der innerfachliche Diskurs hinterließ insofern einen bleibenden Eindruck auf die Leitlinienkommission.

Trotz dieser Eingeständnisse hat sich die grundsätzliche Schlagrichtung der ausgesprochenen Empfehlungen, bis auf die Streichung der vorläufigen Indikationsstellung, jedoch nicht maßgeblich geändert. Fehlende Kriterien zur Prognose der Persistenz sowie die Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen Gender-Unzufriedenheit und GI sollen durch die immer wieder erwähnten und in den Vordergrund gestellten Aspekte des sorgfältigen Diagnoseprozesses und der Risiko-Nutzen-Abwägung im Einzelfall kompensiert werden. Eine sorgfältige Diagnose und die Vornahme einer individuellen Risiko-Nutzen-Abwägung gehören jedoch bereits zum allgemeinen Fundament der medizinischen Indikationsstellung¹²³. Ob die Berufung auf solche basalen medizinischen Grundlagen ausreichend ist, um fehlende Evidenz und fehlende objektive Entscheidungskriterien zu kompensieren, ist zu bezweifeln.

Ihrer angestrebten Doppelfunktion als Orientierungshilfe für die klinische Praxis sowie als Sammlung des aktuellen Wissensstands kommt die Leitlinie nur eingeschränkt nach, weil sie in Teilen auf vagen Empfehlungen und ungeklärten Grundlagen essenzieller Konzepte fußt, während sie mit ihrem beträchtlichen Seitenumfang ein für den interdisziplinären Diskurs nur schwer zugängliches Dokument darstellt.

IV. Auswirkungen auf den medizinischen Standard

Aus medizinrechtlicher Perspektive von Interesse ist die Frage, wie sich die Veröffentlichung der Leitlinie auf den medizinischen Standard und insofern auf die zu erwartende Behandlungspraxis auswirken wird.

In die Bestimmung des Standardbegriffs fließen sowohl die wissenschaftliche Erkenntnis, die ärztliche Erfahrung als auch die professionelle Akzeptanz der Behandlung mit ein¹²⁴. Eine dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis und der ärztlichen Erfahrung und Anerkennung entsprechende Behandlung muss sich demnach in der Erprobung bewährt haben und zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich sein, um als medizinischer Standard einen Orientierungsmaßstab darzustellen¹²⁵.

Der Standard kann durch das Heranziehen bestehender medizinischer Leitlinien konkretisiert werden¹²⁶. Diese zeichnen sich zwar durch einen grundsätzlichen Ermessensspielraum bei der ärztlichen Befolgung und ihrer rechtlichen Unverbindlichkeit aus, jedoch können sie je nach

Evidenzgrad und Aktualität die Vermutung auslösen, den jeweiligen medizinischen Standard darzustellen¹²⁷.

Vorliegend handelt es sich zwar um eine aktuelle, jedoch lediglich konsensbasierte Leitlinie. Auch wenn ursprünglich ein systematischer Rechercheansatz gewählt wurde, erfolgte gerade im Bereich der neuesten Erkenntnisse nur eine selektive Auswahl aufgrund der geäußerten Kritik im Rahmen der Konsultationsphase. Währenddessen hängt die konkrete Verschreibungspraxis von Pubertätsblockern sowie gegengeschlechtlichen Hormonen oft noch vom konkreten Arzt ab, was zu einem heterogenen Vorgehen innerhalb Deutschlands führt.

Die trotz der ungenügenden Evidenzlage grundsätzlich affirmative Behandlungsausrichtung der Leitlinie wird, wie bereits dargelegt, sowohl im innerfachlichen als auch im gesamtgesellschaftlichen Diskurs hinterfragt. Trotz der breiten Aufstellung an Fachgesellschaften, die die Leitlinie konsentiert haben, bleibt eine nicht unerhebliche, abweichende medizinische Auffassung bestehen. Zwar kann nicht erwartet werden, dass für die Annahme einer allgemeinen professionellen Akzeptanz keinerlei abweichende Fachmeinung mehr bestehen darf, jedoch kann von einer solchen professionellen Akzeptanz nicht gesprochen werden, sofern die Fachwelt derart gespalten ist, dass die Veröffentlichung einer Leitlinie eine regelrechte Welle an kritischen Kommentierungen und öffentlichen Statements auslöst.

Da erst die Anerkennung der medizinischen Erkenntnisse innerhalb der Profession zum Standard führt¹²⁸, kann durch solche Kontroversen ein ehemals anerkannter Standard veralten sowie die Etablierung eines neuen Standards verhindert werden. Die vorher verbreitete Vorgehensweise des wegweisenden, affirmativen Behandlungsansatzes des „Dutch Protocol“¹²⁹ wird aktuell immer mehr in Zweifel gezogen und einige Länder haben sich bereits zu gegenläufigen Empfehlungen durchgerungen¹³⁰. Mithin ist das „Dutch Protocol“ nicht als allgemeiner Standard anzusehen. Auch die neue S2k-Leitlinie vermag nicht über die bestehenden fachlichen Differenzen und Unsicherheiten bzgl. der Evidenz hinweg einen neuen Standard zu setzen, der einen primär affirmati-

121) Zepf et al., Gemeinsame Kommentierung des aktuellen Entwurfs der neuen S2k-Leitlinie, S. 3.

122) Vgl. DGKJP, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter, S. 141 ff.

123) Vgl. Wiesing, Indikation, 2017, S. 41; Anschütz, Indikation zum ärztlichen Handeln, 1982, S. 2; Opderbecke, MedR 1985, 23, 25.

124) Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, ArztR, 8. Aufl. 2021, Kap. X, Rdnr. 7; Hart, MedR 1998, 8, 9f., Kreße, MedR 2007, 393, 394; Kern, MedR 2004, 300, 301.

125) Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, ArztR, 8. Aufl. 2021, Kap. X, Rdnr. 7.

126) Spickhoff, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 630a BGB, Rdnr. 39.

127) Spickhoff, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 630a BGB, Rdnr. 41; Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, ArztR, 8. Aufl. 2021, Kap. X, Rdnr. 11.

128) Hart, MedR 1998, 8, 9f.

129) Vgl. Delemarre-van de Waal, Cohen-Kettenis, European Journal of Endocrinology 2006, 131, 131 ff.; de Vries, Cohen-Kettenis, Journal of Homosexuality 2012, 301, 301 ff.

130) Vgl. Cass, The Cass Review, Independent review of gender identity services for children and young people, S. 35; Palveluvalikoima, Medical treatment methods for dysphoria associated with variations in gender identity in minors – recommendation, S. 1f. (zuletzt abgerufen am 22.7.2025: https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary_minors_en.pdf/aaf9a6e7-b970-9de9-165c-abadfae46f2e/Summary_minors_en.pdf); Socialstyrelsen, The National Board of Health and Welfare, Care of children and adolescents with gender dysphoria, Summary of national guidelines December 2022, S. 3f. (zuletzt abgerufen am 22.7.2025: <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/444af6c0a5fb429c9b56fd51b931a816/2023-1-8330.pdf>).

ven Ansatz vorschreibt. Fehlt es an einem standardgemäßen Vorgehen ist die Sorgfalt eines vorsichtigen Behandelnden einzuhalten¹³¹. Das heißt nicht, dass körpermodifizierende Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung bei Minderjährigen grundsätzlich nicht mehr medizinisch vertretbar sind, sondern, dass zum jetzigen Zeitpunkt alternative Behandlungen, wie die vordergründige Konzentration auf psychologische Unterstützungsmaßnahmen, gleichermaßen vertretbar sind und der Arzt bei der Entscheidung im Einzelfall besondere Vorsicht walten lassen muss. Solange es jedoch an konkreten Handlungsanleitungen fehlt, die die Unterscheidung zwischen passageren Geschlechtsidentitätskonflikten und persistierender GI ermöglichen, ist weiterhin ein heterogenes Vorgehen in der klinischen Praxis zu erwarten.

V. Fazit

Während einerseits der jahrelangen Arbeit und dem hehren Ziel, moderne und interdisziplinäre Rahmenbedingungen für die individuellen Behandlungspfade geschlechtsdysphorischer Minderjähriger zu formulieren, der notwendige Respekt gebührt, bleiben andererseits jedoch erhebliche, prognostische Schwierigkeiten bestehen, die durch die Empfehlungen nicht verbessert werden. Die tiefgreifende Unsicherheit darüber, wem eine medizinische Transition während der besonders vulnerablen Phase der Pubertät und frühen Adoleszenz tatsächlich langfristig nützt, wird durch die fehlende Begriffsschärfe und den trotz aller Zweifel aufrechterhaltenen affirmativen Behandlungsansatz eher zementiert als geklärt. Dieser Unsicherheit kann auch nicht allein durch die Ermahnung zu einem sorgfältigen Vorgehen im Einzelfall

begegnet werden, wenn konkrete und praktisch umsetzbare Handlungsanleitungen für ein solches fehlen. Dabei muss besonders darauf geachtet werden, dass Schlagwörter wie „sorgfältige Diagnose“ und „Einzelfallentscheidung“ nicht zu einem Feigenblatt verkommen, welches weitreichende körpermodifizierende Eingriffe an Minderjährigen ohne eine ausreichend überzeugende Datenlage und mit einem zum Teil unklaren medizinischen Nutzen begünstigt.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

131) *Spickhoff*, in: *Spickhoff*, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 630a BGB, Rdnr. 43.

Abmahnung oder Panikmache? Was bedeutet das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz für Ärzte, Zahnärzte, (Z)MVZ und Krankenhäuser?

Karsten Fehn und Bernd Josef Fehn

I. Einleitung

Das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz v. 16.7.2021¹, das zuletzt durch Art. 32 des Gesetzes v. 6.5.2024² geändert worden ist, kurz: BFSG, ist derzeit in vieler Munde und sowohl bei Arztpraxen und Zahnarztpraxen trudeln beinahe

täglich Angebote zur Anpassung des Internetauftritts an die (vermeintlichen) Vorgaben dieses Regelwerks ein, verbunden mit Warnungen vor möglichen Abmahnungen. Doch sind solche Anpassungen wirklich notwendig?

Der Beantwortung dieser Frage ist voranzustellen, dass das BFSG für die Normadressaten aufgrund der Übergangsbestimmungen des § 38 am 28.6.2025 „erst“ wurde. Einschlägige Rechtsprechung fehlt. Unabhängig davon dürfte das BFSG indes entgegen anderslautender Stimmen für den niedergelassenen ärztlichen und zahnärztlichen Bereich nach hier vertretener Auffassung im Wesentlichen irrelevant sein.

II. Keine Erfassung von Webseiten

1. Telekommunikationsdienste für Verbraucher nach dem 28. 6. 2025

Nach § 1 Abs. 3 Nr. 1 BFSG gilt das Gesetz u. a. für Telekommunikationsdienste, die für Verbraucher nach dem

Prof. Dr. iur. Dr. rer. medic. Karsten Fehn ist Gründungspartner und Managing Partner der Sozietät FEHN Legal RECHTSANWÄLTE STEUER BERATER PartG mbB Köln Düsseldorf, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht sowie zertifizierter Healthcare Compliance Officer (Steinbeis Hochschule), Konrad-Adenauer-Ufer 65, 50668 Köln, Deutschland

Dr. iur. Dr. rer. medic. Bernd Josef Fehn, F.TLE, ist ebenfalls Gründungspartner der Sozietät FEHN Legal RECHTSANWÄLTE STEUER BERATER PartG mbB Köln Düsseldorf, Rechtsanwalt und Steuerberater sowie Fachberater im ambulanten Gesundheitswesen (IHK), Konrad-Adenauer-Ufer 65, 50668 Köln, Deutschland

FEHN Legal ist das Justizariat der DGMKG – Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. und der ECDI – European Centers for Dental Implantation

1) BGBl. I S. 2970.
2) BGBl. I Nr. 149.