

Intersexualität und Transidentität

Stellungnahme der Bioethikkommission

ethik

Intersexualität und Transidentität

Stellungnahme der Bioethikkommission

Wien, 2017

Kontakt

Bundeskanzleramt

Ballhausplatz 2

A-1010 Wien

Tel.: +43 1 53115-202427, -202361

E-Mail: patrizia.dacerno@bka.gv.at

www.bundeskanzleramt.at/bioethik

www.bundeskanzleramt.at/bioethics

Impressum

Herausgeber: Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt – Geschäftsstelle

Für den Inhalt verantwortlich: Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt

Grafische Gestaltung: BKA Design & Grafik

Druck: Digitalprintcenter des BM.I

Wien, 2017

Inhalt

1 Einleitung	7
2 Medizinische Grundlagen	9
2.1 Sexuelle Differenzierung und ihre Abweichungen	9
2.1.1 Chromosomales Geschlecht	9
2.1.2 Gonadales Geschlecht	9
2.1.3 Anatomisches Geschlecht (inneres und äußeres Genitale)	9
2.1.4 Hormonelles Geschlecht	10
2.1.5 Psychisches Geschlecht (Geschlechtsidentität)	10
2.1.6 Erotisch-emotionales Geschlecht (sexuelle Orientierung)	10
2.1.7 Soziales Geschlecht	11
2.2 Intersexualität (Differences of Sex Development, DSD)	11
2.2.1 Begriffliche Klärung	11
2.2.2 Diagnostik	12
2.2.3 Unmittelbarer Behandlungsbedarf	12
2.2.3.1 Schwere Fälle des Adrenogenitalen Syndroms(AGS)	12
2.2.3.2 Schwere Funktionsstörungen im Urogenitalbereich	12
2.2.3.3 Erhöhtes Tumorrisiko	12
2.2.4 Geschlechtszuordnende Maßnahmen	13
2.2.4.1 Veränderungen in der Bewertung	13
2.2.4.2 Ermittlung des richtigen Zeitpunkts	14
2.3 Transidentität (Transsexualität, Gender-Dysphorie, Gender-Inkongruenz)	15
2.3.1 Begriffliche Klärung	15
2.3.2 Diagnostik	16
2.3.3 Geschlechtsumwandlung	16
3 Ethische Leitlinien	18
3.1 Erfahrungen Betroffener und der gestiegene Anspruch auf Selbstbestimmung	18

3.2	Auflösung starrer Geschlechterstereotypen	18
3.3	Wohltuns und Nicht-Schadensprinzip	19
3.4	Recht auf Selbstbestimmung	21
3.5	Die Rolle der Eltern	23
3.6	Gerechtigkeit	24
4	Allgemeine Erwägungen zum Grundrechtsschutz	25
4.1	Grundrechtstatbestände	25
4.1.1	Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)	25
4.1.2	EU-Grundrechtecharta (GRC)	26
4.1.3	Internationale Übereinkommen	27
4.2	Einfachgesetzlicher Antidiskriminierungsschutz	28
4.3	Weitergehender Schutz vor Ausgrenzung	28
4.3.1	Zurückdrängung von stigmatisierender Terminologie und Vorurteilen	28
4.3.2	Abfrage des Geschlechts	29
4.3.3	Zugang zu geschlechtergetrennten Einrichtungen	29
4.3.4	Leistungssport	30
4.3.5	Adäquate Sprache und Anrede	31
5	Erwägungen zur Intersexualität	33
5.1	Eintragung des Geburtsgeschlechts	33
5.1.1	Derzeitige Rechtslage	33
5.1.2	Dritte Option, Offenlassen und Aufschieben der Eintragung	34
5.2	Geschlechtszuordnende Maßnahmen	36
5.2.1	Zulässigkeit geschlechtszuordnender Eingriffe	37
5.2.2	Einwilligung Minderjähriger	38
5.2.3	Entschädigung für ungerechtfertigt vorgenommene Maßnahmen	39
5.2.4	Beratung und Begleitung von betroffenen Familien	40

6 Erwägungen zur Transidentität	42
6.1 Medizinisch durchgeführte Geschlechtsumwandlung	42
6.1.1 Rechtliche Voraussetzungen	42
6.1.2 Kostenersatz durch die Sozialversicherung	43
6.2 Änderung des rechtlichen Geschlechts	44
6.2.1 Personenstandsrechtliche Voraussetzungen	44
6.2.2 Konsequenzen für Ehe bzw. eingetragene Partnerschaft	47
6.2.3 Kindschaftsrechtliche Aspekte	48
6.2.4 Konsequenzen im Pensionsrecht	49
6.3 Änderung des Namens	49
7 Empfehlungen der Bioethikkommission	51
7.1 Empfehlungen gegen Ausgrenzung und Diskriminierung	51
7.2 Empfehlungen zur Geschlechtszuordnung	52
7.3 Empfehlungen zur Geschlechtsänderung	53

1 Einleitung

Die Themen Intersexualität und Transidentität (Transsexualität, Gender-Dysphorie, Gender-Inkongruenz) sind heute in der Öffentlichkeit wesentlich präsenter als noch vor einigen Jahren. Grund dafür ist eine größere Sensibilisierung, auch durch Aktivitäten von betroffenen Menschen. Dennoch wissen viele Menschen nur sehr wenig über Geschlechtsidentität und Geschlechtszuordnung, was zu großer Unsicherheit von Eltern führen kann, die sich bei Geburt eines Kindes mit nicht eindeutigem anatomischen Geschlecht plötzlich mit dieser Situation konfrontiert sehen und denken, dass sie unverzüglich eine Entscheidung bezüglich des zuzuordnenden Geschlechts ihres neugeborenen Kindes treffen müssen. Die österreichische Bioethik-Kommission hat dies zum Anlass genommen sich dem Thema Intersexualität zu widmen. Damit soll eine Verbesserung und damit einhergehende Sicherheit für Eltern und ihre Kinder, aber auch für andere mit dieser Thematik befasste Personen im Gesundheitswesen erreicht werden. Die Kommission hat zusätzlich beschlossen, im Rahmen derselben Stellungnahme das Thema Transidentität zu behandeln, da beide Fragen trotz vieler Unterschiede wichtige Gemeinsamkeiten aufweisen. Im Hinblick auf Transidentität ist u. a. auf die medizinische und psychische Grundsituation der Betroffenen hinzuweisen und anzustreben, ihre noch immer existierende Diskriminierung und Stigmatisierung zu verhindern.

Intersexualität und Transidentität sind zwei grundsätzlich verschiedene Phänomene und dürfen nicht miteinander verwechselt werden. Dessen ungeachtet weisen sie auf sachlicher, ethischer und rechtlicher Ebene manche Gemeinsamkeiten auf. So geht es etwa bei beiden Phänomenen um Abweichungen von der in der Gesellschaft normativ verankerten Bipolarität von entweder »männlich« oder »weiblich«, um die Suche nach der eigenen Geschlechtsidentität. Bei beiden Phänomenen stehen damit in Zusammenhang geschlechtskorrigierende medizinische Maßnahmen sowie die rechtliche Zuordnung oder Änderung eines Geschlechts zur Diskussion. Dass die Phänomene dennoch zu verschiedenen Herausforderungen führen, liegt vor allem an der Umwelt, die bei intersexuellen Personen eine Abweichung des anatomischen Geschlechts bereits beim Neugeborenen und hormonelle Abweichungen spätestens in der Pubertät erkennt. Psychisches Leiden transidenter Personen bleibt jedoch normalerweise der Umwelt zunächst verborgen. Der Wunsch nach geschlechtskorrigierenden Maßnahmen wird daher bei der Intersexualität meist zuerst von anderen Personen (Eltern, Ärzte usw.), bei Transidentität praktisch ausschließlich von der betroffenen Person selbst formuliert.

Obwohl es in Österreich keine breite öffentliche Debatte zum Thema Intersexualität und Transidentität (vormals »Transsexualität«) gibt, nimmt das Bewusstsein über ein mögliches »Anderssein« gegenwärtig zu. So hat etwa Tom Neuwirth alias »Conchita« als Kunstfigur die Frau mit Bart durch öffentliche Auftritte und vor allem ihren Erfolg beim Eurovision Song Contest 2014 über die Grenzen Österreich hinaus zu Diskussionen über geschlechtliche Zuordnung und Orientierung geführt und damit zur öffentlichen Diskussion über Akzeptanz und Diskriminierung beigetragen.

Jenseits der Kultur kommt es auch im Sport zu Diskussionen wie z. B. in Österreich betreffend die Schirennläuferin Erika Schinegger, die 1966 als 18-jährige den Weltmeistertitel im Abfahrtslauf gewann. Weitere wichtige Weltcup Siege folgten, bis sich im Vorfeld der Olympischen Spiele 1968 bei einem medizinischen Test herausstellte, dass Erika Schinegger chromosomal männlich ist. Der Weltmeistertitel von 1966 wurde ihm nachträglich aberkannt und Schinegger entschied sich später zu einer Operation und änderte seinen Vornamen von Erika auf Erik. Ein weiterer Fall, der in der Öffentlichkeit weltweit publiziert wurde, war jener der südafrikanischen Läuferin Caster Semenya, deren Teilnahme an den Frauenbewerben in der Leichtathletik ab 2009 diskutiert wurde, da der Verdacht geäußert wurde, sie sei keine Frau. In der Folge wurde eine Überprüfung des chromosomalen Geschlechtes angeordnet, was zu großer Kritik führte. Es kam zu einer Kontroverse, aber letztlich durfte Semenya bei den Frauenbewerben antreten

und auch ihre Medaillen wie die Goldmedaille über 800 m bei der Weltmeisterschaft in Berlin behalten. Ihr bisher letzter großer Sieg war der 800-m-Lauf der Frauen bei den Olympischen Spielen in Rio de Janeiro 2016.

Wie auch bei anderen Themen hat die Bioethikkommission neben Ärzten, Psychologen und Juristen auch betroffene Menschen in ihre Diskussionen einbezogen um einen möglichst breiten Blick über die Lage der intersexuellen und transidenten Menschen in Österreich zu bekommen und die ethischen und rechtlichen Aspekte umfassend zu behandeln.

Die österreichische Bioethik-Kommission hat sich dem Thema Intersexualität unter vorrangiger Berücksichtigung des Kindeswohls, des Respekts und der Fürsorge für betroffene Personen gewidmet. In diese Diskussion wurde auch das Thema Transidentität einbezogen. Beides sind verschiedene Phänomene, werden aber in einer Empfehlung behandelt, da sie auf sachlicher, ethischer und rechtlicher Ebene Gemeinsamkeiten aufweisen: es geht um Abweichungen von der in der Gesellschaft normativ verankerten Bipolarität von entweder »männlich« oder »weiblich«, es geht um die Suche nach der eigenen Geschlechtsidentität und um geschlechtskorrigierende medizinische Maßnahmen. Es geht aber auch und das ist einer der für die Gesellschaft wesentlichsten und intensiv diskutierten Aspekte, um die rechtliche Zuordnung oder Änderung eines Geschlechts.

Die Diskussion über Intersexualität und Transidentität hat sich über die Periode der Neubestellung der Bioethikkommission im Juli d.J. erstreckt und hat auch die früheren Mitglieder Diana Bonderman, Meinhard Kneussl, Arnold Pollak und Anna Sporrer miteinbezogen. Obwohl die Stellungnahme schon mit 6. März 2017 von allen Mitgliedern angenommen war, kam es durch das Ende der 7. Amtsperiode nicht dazu, diese zu veröffentlichen. Am 3. Juli erfolgte die Neubestellung der Bioethikkommission, die konstituierende Sitzung fand am 20. September statt. Die inhaltlich aktualisierte Stellungnahme wurde in der Folge am 30. Oktober in einer einstimmigen Empfehlung verabschiedet.

Das Bundesverfassungsgericht der Bundesrepublik Deutschland hat kurz darauf, am 8. November einen richtungsweisenden Beschluss – allerdings zu einer spezifisch deutschen Grundrechtslage – betreffend die grundgesetzlichen Anforderungen des Personenstandsrechts zu diesem Thema veröffentlicht. Dies hat die Bioethikkommission veranlasst aktuelle Hinweise in das Dokument aufzunehmen.

2 Medizinische Grundlagen

2.1 Sexuelle Differenzierung und ihre Abweichungen

Die sexuelle Differenzierung zwischen als »männlich« und als »weiblich« bezeichneten Individuen erfolgt auf verschiedenen Ebenen, wobei im Wesentlichen sieben verschiedene Aspekte zu unterscheiden sind: Das chromosomale, das gonadale, das anatomische, das hormonelle, das psychische, das erotisch-emotionale und das soziale Geschlecht. Im Gegensatz zur frühneuzeitlichen Gesellschaft, in der die Existenz von – oft als »Hermaphroditen« bezeichneten – Zwischenkategorien vielfach noch selbstverständlich erschien, hat sich seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts ein Bild strenger Bipolarität breit gemacht, das die übereinstimmende Ausrichtung aller sieben Ebenen als entweder »männlich« oder »weiblich« zum alleingültigen Ideal und jede Abweichung davon als deviant und unerwünscht erklärt hat. Bis heute gehen in westlichen Gesellschaften viele Rechtsnormen und soziale Institutionen von strenger Bipolarität aus.

2.1.1 Chromosomales Geschlecht

Beim Menschen ist das chromosomale Geschlecht durch den Karyotyp, insbesondere die Anzahl und Struktur der Geschlechtschromosomen festgelegt, wobei typischerweise die 46 Chromosomen aus je 22 Autosomen sowie 2 Geschlechtschromosomen bestehen. Je nachdem welche Samenzelle eine Eizelle befruchtet, entsteht somit ein Embryo mit 46,XX (weiblich) oder 46,XY (männlich). Von diesen typischen chromosomalen Verteilungen kann es zu Abweichungen kommen, wie beispielsweise 47,XXY (Klinefelter-Syndrom), 47,XXX (Triple-X-Syndrom), 45,X0 (nur ein X-Chromosom, Turner-Syndrom), sowie seltene Varianten mit mehreren Y-Chromosomen. Die genannten Beispiele werden als numerische Chromosomenanomalien zusammengefasst. Darüber hinaus gibt es strukturelle Chromosomenanomalien wie Translokationen und Deletionen sowie sogenannte Punktmutationen, bei denen es sich um Veränderungen in der DNA Sequenz handelt, die ebenfalls die Ausbildung des Geschlechts beeinflussen können. Wenn die Chromosomenveränderungen nicht alle Zellen des Organismus betreffen, spricht man auch von einem chromosomalen Mosaik.

2.1.2 Gonadales Geschlecht

Bis zur 6. bis 8. Schwangerschaftswoche sind männliche und weibliche Keimdrüsen (Gonaden) nicht unterscheidbar. Danach bilden sich beim männlichen Embryo auf der Basis verschiedener Genaktivitäten (insbesondere des SRY-Gen) auf dem Y-Chromosom die Hoden aus. Ist kein Y-Chromosom vorhanden oder kommt es zu Störungen der Genfunktion wie beispielsweise bei einer Mutation im SRY-Gen, entwickeln sich die Keimdrüsen in Richtung Eierstöcke. Ist das Y-Chromosom jedoch aktiv, kommt es zur Ausprägung männlicher Keimdrüsen, den Hoden. Die genetische Determinierung der Ausbildung der Keimdrüsen ist durch eine Reihe von verschiedenen Genen auf den Geschlechtschromosomen gesteuert und somit sehr komplex, sodass sie erst ansatzweise verstanden wird. Sehr selten liegen in einem Individuum Hoden- und Eierstockgewebe gleichzeitig vor; dann spricht man von einer »Ovotestikulären DSD« (»Differences of Sex Development«; früher: echter Hermaphroditismus).

2.1.3 Anatomisches Geschlecht (inneres und äußeres Genitale)

Zur differenzierten Entwicklung von inneren und äußeren Geschlechtsorganen beim Embryo kommt es erst in einem späteren, relativ engen Zeitfenster in der Schwangerschaft – ebenfalls aus zunächst gemeinsamen Anlagen wie den Wolff'- und Müller'schen Gangsystemen sowie den Geschlechtshöcker, -falten und -wülsten. Unter der ebenfalls komplexen genetischen Steuerung v. a. des männlichen Sexualhormons Testosteron, das mittlerweile in den Leydig-Zellen der männlichen Keimdrüsen gebildet wird, entwickeln sich schließlich die männlichen inneren und äußeren Genitalien wie Nebenhoden, Samenleiter, Samenbläschen sowie Penis und Hodensack sowie beim Fehlen von männlichen Hormonen die inneren und äußeren weiblichen Geschlechts-

organe wie Eileiter, Gebärmutter und Vagina sowie Klitoris und Schamlippen. Vor allem aufgrund des Erscheinungsbildes der externen Genitalien wird bei der Geburt das Geschlecht festgelegt. Ist hier die Anatomie nicht eindeutig, liegt eine Form von DSD vor, wobei Art und Ausmaß der abweichenden Ausprägung auch vom Zeitpunkt abhängen, an dem sich beispielsweise während der Schwangerschaft ein Gendefekt manifestiert oder eine exogene Noxe einwirkt.

Andere Formen der DSD können sich aber auch zu einem späteren Zeitpunkt (insbesondere in der Pubertät) mit beispielsweise einer Maskulinisierung eines weiblichen Körpers bzw. einer fehlenden Maskulinisierung oder Feminisierung manifestieren.

Die weitere Entwicklung des Urogenitalsystems kann durch verschiedene Defekte ebenfalls gestört sein wie beispielsweise bei persistierendem Sinus urogenitalis oder Hypospadie. Oft handelt es sich hier allerdings um anatomische Fehlbildungen ohne Nachweis einer zugrundeliegenden, bekannten genetischen Abweichung.

2.1.4 Hormonelles Geschlecht

Geschlechtshormone werden sowohl von Frauen als auch von Männern produziert. Dabei unterscheidet man zwischen weiblichen (Östrogenen) und männlichen Sexualhormonen (Androgenen), die beide zur Klasse der Steroidhormone zählen. Die Synthese von Östrogenen erfolgt in erster Linie in den Eierstöcken und zu einem kleineren Teil auch in der Nebennierenrinde. Im Verlauf einer Schwangerschaft ist zudem die Plazenta an der Produktion von Östrogenen beteiligt. In kleineren Mengen werden Östrogene auch im Hoden des Mannes produziert.

Die Androgene, die zum überwiegenden Teil in den Leydig'schen Zellen im fetalen Hoden produziert werden, führen in der Schwangerschaft zur Entwicklung und Erhaltung von männlichen Merkmalen. Wichtigstes Hormon ist das Testosteron bzw. Dihydro-Testosteron, das eine direkte Wirkung auf die Hoden hat und später in der Pubertät die Entwicklung des Hodens, Penis, Geschlechtsdrüsen und der sekundären Geschlechtsmerkmale sowie beispielsweise auch das Wachstum der Körperbehaarung und des Muskelaufbaus fördert.

Gesteuert wird die Synthese der Sexualhormone über Hormonausschüttungen der Hirnanhangsdrüse, die wiederum durch Hormone aus dem Hypothalamus (Zwischenhirn) angeregt werden; über Rückkopplungseffekte erfolgt eine entsprechende Feinabstimmung. Bei entsprechender genetischer Disposition aber auch medikamentösen Manipulationen wie z.B. Doping oder andere Medikamente, die in die Synthese der Sexualhormone eingreifen, kann es zu hormonell bedingter DSD kommen.

2.1.5 Psychisches Geschlecht (Geschlechtsidentität)

Die innerlich gefühlte Geschlechtsidentität eines Menschen muss nicht seinem biologischen Geschlecht entsprechen und wird auf der Basis seines eigenen psychischen Empfindens festgelegt. Biologisch scheint es eine sexuelle Differenzierung des Gehirns zu geben und die dimorphe Struktur entwickelt sich offenbar bereits intrauterin u. a. unter dem Einfluss der Sexualsteroidhormone.

Die Geschlechtsidentität ist einer der fundamentalsten Aspekte des Lebens. Sie bezieht sich auf die innerlich tief empfundene und individuelle Erfahrung von Geschlecht, die jeder Mensch hat und die mit dem bei der Geburt festgestellten biologischen Geschlecht in den meisten Fällen in Einklang steht, davon in seltenen Fällen aber auch abweichen kann.

2.1.6 Erotisch-emotionales Geschlecht (sexuelle Orientierung)

Von der Geschlechtsidentität ist die sexuelle Orientierung abzugrenzen, die sich darauf bezieht, zu welchem Geschlecht sich die betroffene Person sexuell hingezogen fühlt und die ihre Part-

nerwahl bestimmt. Der Begriff schließt nicht nur die sexuelle Anziehung von einem bestimmten Geschlecht, sondern auch das Interesse am Gegenüber als möglichem Partner mit ein. Dabei ist nicht nur die Sexualität, sondern auch das Gefühl der emotionalen Verbundenheit, Zuneigung und Liebe von Bedeutung. Die sexuelle Orientierung ist wie auch biologische Geschlechtsmerkmale, die Geschlechtsidentität und die Geschlechterrolle eine Komponente der sexuellen Identität eines Menschen im umfassenden Sinn.

Für dasselbe Themengebiet wurden auch die Begriffe »Geschlechtsneigung«, »sexuelle Veranlagung«, »sexuelle Präferenz«, »sexuelle Neigung« oder »sexuelle Identität« benutzt, die aber meist viel weitreichendere oder andere Definitionen enthalten.

2.1.7 Soziales Geschlecht

Der aus dem Englischen stammende Begriff »Gender« im Sinn des sozialen Geschlechts bezeichnet in der gegenwärtigen Genderforschung sämtliche gesellschaftliche Rollenvorstellungen, -zuschreibungen und -erwartungen bezüglich Mann- und Frausein, inklusive der Frage, wie weit hier nur eindeutig weibliche oder männliche Rollen zugelassen werden.

Im Kontext von Intersexualität und Transidentität geht es darüber hinaus um die Frage, welche soziale Geschlechtsrolle jemand lebt (Kleidung, Habitus, soziale Rolle u. a.), unabhängig von seinem biologischen Geschlecht (»Sex«), wie es durch die oben unter 2.1.1 bis 2.1.4. beschriebenen Komponenten definiert wird. Bei Transidentität bezeichnet die »soziale Transition« (social transition) den Wechsel in eine andere Geschlechtsidentität auf der sozialen Ebene (Kleidung, Habitus, Rollenverhalten) vor operativen Maßnahmen der Geschlechtsangleichung.

2.2 Intersexualität (Differences of Sex Development, DSD)

2.2.1 Begriffliche Klärung

Unter Intersexualität versteht man medizinisch die zweifelhafte Einordnung eines Individuums zum männlichen oder weiblichen Geschlecht, weil die geschlechtsdifferenzierenden Merkmale durch eine atypische Entwicklung des chromosomalen, anatomischen oder hormonellen Geschlechts (oben 2.1.1 bis 2.1.4) gekennzeichnet sind. Diese Geschlechtsvarianten können bereits in der Schwangerschaft, unmittelbar nach der Geburt oder erst im späteren Alter evident werden.

Auf der Basis des »Chicago Konsensus 2005« wurden die früher üblichen medizinischen Bezeichnungen wie Hermaphrodit, Pseudo-Hermaphrodit oder Zwitter, die von den Betroffenen als stigmatisierend empfunden worden waren, durch die neutrale Bezeichnung »Differences of Sex Development (DSD)«, also »Abweichungen der Geschlechtsentwicklung« ersetzt. Die Medizin verwendet seither DSD als Oberbegriff für eine Vielzahl von Diagnosen mit unterschiedlichen Ursachen, Entwicklungsverläufen und Erscheinungsbildern, bei denen ein Mensch genetisch und/oder anatomisch bzw. hormonell nicht eindeutig dem weiblichen oder dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden kann.¹

¹ Lee/Houk/Ahmed/Hughes, International Consensus Conference on Intersex organized by the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Paediatric Endocrinology. Consensus statement on management of intersex disorders. International Consensus Conference on Intersex. Pediatrics 2006; 118:e488-500.

2.2.2 Diagnostik

Diagnostiziert wird eine DSD zu unterschiedlichen Zeitpunkten; häufig zunächst durch ein nicht eindeutiges Genitale bei der Geburt, später aber auch beispielsweise durch eine abnorme Pubertät mit fehlender Maskulinisierung oder Feminisierung bzw. einer Maskulinisierung eines weiblichen Körpers oder der Ausbildung nicht geschlechtsspezifischer Merkmale. Die biologischen Befunde sowie die körperlichen und seelischen Merkmale sind bei den verschiedenen Varianten von DSD sehr vielgestaltig und müssen keineswegs immer zu einer funktionellen Beeinträchtigung, die mit einem Leidensdruck verbunden ist, führen oder eine tatsächliche »Störung« mit einem Krankheitswert darstellen. Gegenwärtig wird diagnostisch das entwicklungs-genetische und hormonale Netzwerk meist intensiv auch molekulargenetisch untersucht, womit in Zukunft mit noch genaueren diagnostischen Differenzierungen und Einschätzungen der möglichen Folgen der Fehlbildungen wie z. B. die Neigung zu einer malignen Entartung der Gonaden prognostiziert werden können. Speziell jene DSD, die erfahrungsgemäß mit einem erhöhten Krebsrisiko einhergehen, werden entsprechend der medizinischen Richtlinien genau diagnostiziert und anschließend individuell therapiert. Auch das Neugeborenen-Screening in Bezug auf das AGS (Adrenogenitales Syndrom; s. 2.2.3.1) wird in Österreich seit 2001 flächendeckend mittels Enzymtest angeboten. Das Ergebnis der diagnostischen Untersuchungen ist im günstigsten Fall die eindeutige Feststellung des körperlichen Geschlechts; es gibt aber auch widersprechende Befunde, sodass diese biologische Zuordnung nicht immer gelingt.

Zu den DSD gehört auch ein bekannter Enzymmangel (5α -Reduktase, verantwortlich für die Umwandlung von Testosteron in das biologisch wirksamere Dihydro-Testosteron), die Androgen-Insensitivität (partielle [PAIS] oder komplette [CAIS] Defekte der Rezeptoren für Testosteron an den Zielzellen) und das sog. Adrenogenitale Syndrom (AGS). Das AGS ist die häufigste DSD, bei der eine Mutation in den Genen von verschiedenen Enzymen vorliegt, die im Stoffwechsel der Sexualhormone wesentlich sind (meist 21α -Hydroxylase). Dadurch werden keine Gluko- und Mineralokortikoide gebildet und es kommt meist zur erhöhten Konzentration von 17-Hydroxy-Progesteron und konsekutiv vermehrten Androgenbildung während der Schwangerschaft, wodurch es zur Vermännlichung weiblicher Feten kommt. Bei geringerer Ausprägung fällt dieses Syndrom gelegentlich erst später, z. B. in der Pubertät auf (»Late-onset AGS). Eine Transidentität ist bei AGS übrigens sehr selten.

Ein weiterer Aspekt der DSD-Diagnostik vor allem im späteren Lebensalter ist sicherlich die Analyse der psychischen sowie psychosozialen Aspekte inklusive Selbstwahrnehmung der Person, deren Ergebnis im Kontrast zum rein medizinischen Diagnosebefund stehen kann.

2.2.3 Unmittelbarer Behandlungsbedarf

2.2.3.1 Schwere Fälle des Adrenogenitalen Syndroms (AGS)

In schweren Fällen eines AGS kommt es durch das ebenfalls fehlende Aldosteron bereits im Neugeborenenalter zu lebensgefährlichem Salz- und Wasserverlust und es müssen ab der Geburt Aldosteron und Cortisol lebenslang substituiert werden.

2.2.3.2 Schwere Funktionsstörungen im Urogenitalbereich

Im Falle von Fehlbildungen des Urogenitalsystems ist ein früher chirurgischer Eingriff dann eindeutig angezeigt, wenn vitale Funktionen (z. B. Harnverhalten) einschneidend beeinträchtigt sind oder beispielsweise rezidivierende schwere Infektionen auftreten können. Diese Fälle benötigen je nach Ausmaß der korrigierten Fehlbildungen später oft eine psychologische Begleitung.

2.2.3.3 Erhöhtes Tumorrisiko

Manche DSD gehen mit einem erhöhten Risiko für bösartige Veränderungen der Keimzellen einher. Gonadendysgenesien mit Y-Chromosom oder bei partieller Androgen-Insensitivität mit

unreifen Gonaden innerhalb des Bauchraumes scheinen besonders gefährdet zu sein, während Patientinnen mit AGS kein erhöhtes Risiko aufweisen.

Die chirurgische Entfernung von für die Fortpflanzung oder hormonell funktionslosen Gonaden (z. B. Bauchhoden, Stranggonaden) kann angezeigt sein, wenn dieses Malignitäts-Risiko erfahrungsgemäß entsprechend erhöht ist. Wegen des in manchen Syndromen allerdings oft unklaren Tumorrisikos (CAIS, Androgenbiosynthese-Störungen bei weiblicher Zuordnung) sollte in solchen Fällen lediglich überwacht und ggf. eine Kontrollbiopsie durchgeführt und möglichst die Entscheidungsreife des Kindes abgewartet werden.

Neuere Untersuchungen kommen nach genauerer Analysierung von Fallserien oft zu niedrigeren Tumorrisiken, wobei das Fehlen einheitlicher histologischer Diagnosekriterien in der Vergangenheit und die neueren molekularbiologischen Erkenntnisse diese Unterschiede erklären können. Die genaue Indikationsstellung hat das Entartungsrisiko zunächst der dann notwendig werdenden, lebenslangen Hormontherapie gegenüberzustellen. Auch die Compliance der Familie bzw. Betroffenen bezüglich einer Überwachungsstrategie sollte berücksichtigt werden. Darüber hinaus wird in letzter Zeit auch der Erhalt der Fortpflanzungsfähigkeit intensiv diskutiert. In jedem Fall wird entsprechend der neueren medizinischen Richtlinien^{2, 3, 4} zunehmend empfohlen, die Entscheidung zur Entfernung von Gonaden sehr zurückhaltend zu fällen, jedenfalls möglichst bis zur Entscheidungsfähigkeit der betroffenen Person zu warten.

2.2.4 Geschlechtszuordnende Maßnahmen

Ein therapeutischer Eingriff zielt in vielen Fällen auf die Herstellung oder Angleichung an ein bestimmtes Geschlecht ab.³ Dies kann in den Kernbereich der Identität des Patienten eingreifen, was bei medizinisch-therapeutischen Eingriffen in anderen Disziplinen nur sehr selten der Fall ist.

2.2.4.1 Veränderungen in der Bewertung

John William Money (1921–2006) war ein klinischer Psychologe mit den Forschungsschwerpunkten Entwicklung der Geschlechtsidentität, sexuelle Orientierung und Intersexualität; er führte Begriffe wie »Geschlechtsidentität« (*Gender Identity*) und »Geschlechterrolle« (*Gender Role*) ein. Er wird mit seiner basalen These, dass es keinerlei wesensmäßige Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen gäbe und Männlichkeit und Weiblichkeit nur *erlernte Geschlechterrollen seien*, zu den besonders einflussreichen US-amerikanischen Sexualwissenschaftlern des 20. Jahrhunderts gezählt. Um diese damals sehr geläufige These zu untermauern, versuchte Money, einen der beiden männlichen Zwillinge der Familie Reimer als Mädchen aufzuziehen. Dem Jungen war nach einer missglückten Beschneidung der Penis abgefallen. Auf Moneys Anweisung hin wurden bei dem Jungen auch die Hoden entfernt. Er würde, so Money, als glückliches Mädchen aufwachsen. Leider trat das Gegenteil ein: Das »Mädchen« wehrte sich solange, bis die Eltern ihm im Alter von 14 Jahren die Wahrheit sagten. Fortan lebte das Kind wieder als Junge, dann als Mann und verübte im Alter von 38 Jahren Suizid.

Trotzdem galt Money als die weltweit unangefochtene Autorität, wenn es um die psychologischen Auswirkungen nicht eindeutiger Genitalien ging und forderte, einem Kind mit DSD frühzeitig und konsequent – auch operativ – ein Geschlecht zuzuordnen, idealerweise ohne das Kind und seine Bezugspersonen aufzuklären. Es wurde versucht, diese Tabuisierung auch im

² Sandberg et al., Disorders of Sex Development (DSD): Networking and Standardization Considerations. *Horm Metab Res.* 2015 May;47(5):387–93.

³ Houk/Lee, Update on disorders of sex development. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2012 Feb;19(1):28–32.

⁴ Paris et al., Disorders of sex development: neonatal diagnosis and management. *Endocr Dev.* 2012;22:56–71.

Erwachsenenalter aufrecht zu erhalten. Die Formbarkeit des Menschen durch Sozialisations- einflüsse wurde zu dieser Zeit noch als wesentlich wichtiger eingeschätzt, als genetische und biologische Faktoren. Diese Vorgehensweise führte aber nicht selten bei den Betroffenen zu psychischen Erkrankungen oder Krisen, Störungen des Sexuallebens, Verlust der Fertilität bis hin zu chronischen Schmerzzuständen oder sonstigen physischen Komplikationen.

Insbesondere die Kritik von betroffenen Personen und der z.T. öffentliche Druck der Interessensver- bände führte nicht nur innerhalb der Medizin, sondern auch in der Gesellschaft zu Veränderungen in Richtung Offenheit und Akzeptanz sowie großer Zurückhaltung gegenüber eingreifenden Therapien im Kindesalter sowie interdisziplinärer Aufklärung unter Einbeziehung der Eltern.

Da viele Personen mit DSD – darunter insbesondere Kinder⁵ – keine unmittelbar behandlungs- bedürftigen Funktionsstörungen aufweisen und vor allem irreversible operative Eingriffe sich möglicherweise oft erst nach vielen Jahren durch dann auftretende Nebenwirkungen negativ bemerkbar machen, ist hier medizinisch eine besonders große Zurückhaltung zu fordern. Ins- besondere wiederholte Eingriffe im Genitalbereich können für die psychosexuelle Entwicklung traumatisierender sein als ein auffälliges Genitale. Eingriffe in den Kernbereich der Identität, wie die individuelle Zuschreibung des Geschlechts, stellen naturgemäß auch größere Anforderungen an die Indikationsstellung sowie Begründung, Aufklärung und Beratung bzw. den »Informed Consent« speziell im Kindes- und Jugendalter. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass aufgrund der vielfältigen Ursachen der DSD es individuell zu sehr unterschiedlichen Verläufen kommt. Dies erschwert eine entsprechende wissenschaftliche Evidenz, da Studien mit größeren Kollektiven meist nicht vorliegen und man nur schwer genügend umfangreiche und homogene Stichproben von behandelten im Vergleich mit unbehandelt gebliebenen Personen findet.

2.2.4.2 Ermittlung des richtigen Zeitpunkts

Über den richtigen Zeitpunkt für Operationen, die den relativen häufigen Fall von AGS Personen betrifft, bestehen noch Unterschiede in der Einschätzung der Mediziner. Manche raten dazu, abzuwarten, bis Einsicht und Fähigkeit zur Einwilligung gegeben sind. Andere Experten betonen, dass die Personen nicht intersexuell, sondern weiblich sind und dass im frühen Lebensalter (wäh- rend der ersten zwölf Monate) die neuen chirurgischen Techniken die besten Korrekturerfolge auch hinsichtlich der Bewahrung der sexuellen Empfindungsfähigkeit zeitigen und der frühe Zeitpunkt psychische Belastungen des Kindes durch den operativen Eingriff vermieden werden kann. Jedenfalls ist die Erhaltung und Förderung der körperlichen Voraussetzungen für spätere erfüllte sexuelle Beziehungen ein wesentlicher Punkt in der Einschätzung. Grundsätzlich scheint es zweckmäßig, Operationen entsprechend bestehender medizinischen Richtlinien nur von Ärzten durchführen zu lassen, die über ausreichende Erfahrung verfügen, also meist in ausgewiesenen multidisziplinären Referenzzentren; zudem sollten kontrollierte Studien durchgeführt werden. Nach dem 12. Lebensmonat bis zur Adoleszenz wird bei fehlenden medizinischen Komplikationen von Operationen abgeraten; diese Unterlassung eines Eingriffes sollte aber ebenfalls ausführlich mit den Eltern besprochen werden.

Gelegentlich verlangen Eltern Eingriffe, die nach heutigem Wissenstand möglicherweise später das Kind physisch und psychisch erheblich beeinträchtigen. Die meisten medizinischen Richtlinien⁴ bezüglich operativer und damit irreversibler Eingriffe bei DSD, empfehlen, diese bis zum Zeitpunkt zu verschieben, an dem die zu behandelnde Person selbst darüber entscheiden kann. Dazu zählen geschlechtsbestimmende Operationen an den Genitalien und die Entfernung der Gonaden, wenn für diese Eingriffe keine medizinische Dringlichkeit (zum Beispiel ein erhöhtes Krebsrisiko) besteht.

⁵ Paris F. et al. Disorders of sex development: neonatal diagnosis and management. *Endocr Dev.* 2012;22:56–71.

2.3 Transidentität (Transsexualität, Gender-Dysphorie, Gender-Inkongruenz)

2.3.1 Begriffliche Klärung

Die bisher gebräuchlichen Begriffe Transidentität, Transsexualität, »Gender-Dysphorie« und »Transgender« unterliegen in letzter Zeit einer gewissen Kritik und man wird möglicherweise in der kommenden WHO Version 11 der *International Classification of Diseases (ICD 11)* davon Abstand nehmen und den Begriff »Gender-Inkongruenz« einführen. Da dies noch keineswegs sicher ist, wird in dieser Stellungnahme der leicht verständliche Begriff Transidentität verwendet. Jedenfalls ist bei Transidentität ein Mensch eindeutig genetisch und/oder anatomisch bzw. hormonell einem Geschlecht zugewiesen, fühlt sich in diesem Geschlecht aber falsch oder unzureichend beschrieben bzw. lehnt auch jede Form der Geschlechtszuordnung und Kategorisierung ab. Das psychische Geschlecht bzw. die Geschlechtsidentität (oben 2.1.5) stimmt also nicht mit dem biologischen Geschlecht (oben 2.1.1 bis 2.1.4) überein bzw. möchte sich die Person gelegentlich überhaupt nicht eindeutig einem Geschlecht zuordnen.

Dieses paradoxe Zugehörigkeitsgefühl lässt sich fast immer bis in die Kindheit zurückverfolgen und führt meist im Laufe des Lebens zu zunehmend größerem Leidensdruck der letztlich die Betroffenen in vielen Fällen dazu führt, ihr Äußeres entsprechend ihrer inneren Empfindung zu verändern bzw. anzugleichen. Transidentität bezieht sich auch auf das persönliche Körperempfinden und andere Ausdrucksformen von Geschlecht wie z. B. Kleidung, Sprache und Verhalten. Transidente Menschen können das Verlangen verspüren, ihren juristischen, sozialen oder physischen Status (oder Teile davon) zu verändern, damit ihre Geschlechtsidentität damit in Einklang gebracht wird. Eine Veränderung des körperlichen Erscheinungsbildes oder von Körperfunktionen durch Kleidung, medizinische, operative oder andere Eingriffe gehört oft zur persönlichen Erfahrung von Geschlecht bei transidenten Menschen.

Die Prävalenz der Transidentität nimmt laut Metaanalysen in den letzten Jahren zu, was vermutlich auf den in vielen Ländern mittlerweile liberaleren Umgang mit dieser Thematik zurückzuführen ist. Insgesamt wird die Prävalenz auf etwa 5,5 in 100.000 Individuen und zwar 6,8 für Mann-zu-Frau Transidente und 2,6 für Frau-zu-Mann Transidente laut entsprechenden Studien geschätzt.⁶ Hingegen liefert eine nicht klinische Stichprobe aus den Niederlanden (n = 8064; 4052 Männer, 4012 Frauen) Daten, dass sich sogar 4,6 % der Männer und 3,2 % der Frauen in unterschiedlichem Ausmaß ambivalent gegenüber dem eigenen Geschlecht erleben.⁷

In der neuen Ausgabe des DSM-V der »American Psychiatric Association«⁸ werden Menschen, die angeben, dass ihr Geburtsgeschlecht dem tatsächlich empfundenen Geschlecht nicht entspricht, mit »Gender-Dysphorie« diagnostiziert. In dem seit 1.1.2001 österreichweit verbindlich eingeführten, von der WHO herausgegeben, internationalen Diagnoseschlüssel ICD-10 fällt diese Diagnose in die Klassifikation Transsexualismus und sollte nicht als »pathologisch/psychiatrisch« oder negativ konnotiert werden, sondern schlicht als Norm-Variante. Modernere Bezeichnungen wie Gender- bzw. Geschlechts-Dysphorie oder Gender-Inkongruenz für trans-

⁶ Meyer zu Hoberge, Prävalenz, Inzidenz und Geschlechterverhältnis der Transsexualität anhand der bundesweit getroffenen Entscheidungen nach dem Transsexuellengesetz in der Zeit von 1991 bis 200, in: *Sektion für Sexualmedizin* (2009).

⁷ Kuypers, *Transgenders in Nederland: prevalentie en attitudes*. *Tijdschrift voor Seksuologie* 2012; 36: 129–135.

⁸ <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

idente Individuen bezeichnen noch besser die Tatsache, dass sich das körperliche Geschlecht vom psychischen Geschlecht transidenter Menschen unterscheidet. Von der Transidentität strikt abzugrenzen ist jedenfalls die Intersexualität sowie die sexuelle Orientierung, die die emotionale und sexuelle Hinwendung von einer Person auf eine andere Person bezeichnet, mit ihren Phänomenen der Hetero-, Homo- oder Bisexualität.

2.3.2 Diagnostik

Der medizinische Diagnostik- und Behandlungsprozess bei Transidentität ist relativ komplex und erfordert nicht nur die Koordination von mehreren Berufsgruppen, sondern üblicherweise auch die lebenslange Betreuung der betreffenden Personen. Deshalb wird dieser Prozess heute meist in entsprechenden Kompetenzzentren angeboten, wo qualitativ hochwertige Betreuungs- und Behandlungsangebote zur Verfügung stehen. Eine besondere Herausforderung der letzten Zeit stellen jugendliche Personen mit Gender-Dysphorie dar.

Die Behandlungsstandards für Personen mit Gender-Dysphorie wurden von der WPATH (World Association for Transgender Health)⁹ oder auch der »American Psychiatric Association« zusammengefasst.¹⁰ Sie geben gewisse Rahmenbedingungen vor, sind aber flexibel gestaltet, sodass die individuellen Bedürfnisse der transidenten Personen bedacht werden können. Um das Ziel der individuell optimierten physischen und auch psychischen Anpassung zu erreichen, werden die betreffenden Personen zunächst zur grundsätzlichen Feststellung des Vorliegens einer Gender-Dysphorie – und zwar z. B. durch eine psychiatrische, klinisch psychologische, urologisch-gynäkologische und/oder endokrinologische Diagnostik durch entsprechend geschulte Fachkräfte – evaluiert. Bei Vorliegen koexistenter psychiatrischer oder somatischer Störungen erfolgt meist die weiterführende Behandlung durch eine/n Facharzt/ärztin.

2.3.3 Geschlechtsumwandlung

Nach dem diagnostischen Prozess kann auf Wunsch der Beginn der gegen-geschlechtlichen Hormontherapie nach Ausschluss von medizinischen Kontraindikationen erfolgen. Wegen des nach wie vor existenten Stigmas bei Transidentität kann es in der Phase, in der die Person bereits über weite Strecken im gewünschten Geschlecht lebt, zu sozialen Reaktionen kommen, die zu Stress oder anderen psychischen Reaktionen führen oder es können irrealer Erwartungen und Vorstellungen der Betroffenen evident werden. Deshalb wird diesen generell vor weiteren, irreversiblen Schritten empfohlen, eine etwa 12-monatige »Alltagstest«-Phase einzuhalten. Eventuell auftretende Probleme und Konflikte können von entsprechend begleitender psychologischer Therapie behandelt werden¹¹.

Auf Basis eines klaren Konsenses aller beteiligten Fachkräfte bezüglich der Kontinuität und Unbeeinflussbarkeit des transidenten Wunsches bzw. der angestrebten Geschlechterrolle ergibt sich dann meist die Indikation für eine operative Behandlung der Geschlechtsanpassung, die

⁹ Coleman et al., Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's standards of care for gender identity disorders (2011).

¹⁰ Byne et al., Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder, *Arch Sex Behav* 2012, 41: 759–796.

¹¹ Coleman/Bockting/Botzer et al., Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-non-conforming people, version 7. *Int J Transgender* 2012; 13: 165–232; Wylie et al., Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *Lancet* 2016; 388: 401–11; Nieder et al., Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie, *Psych up2date* 2013, 373–388.

klarerweise ebenfalls nur von entsprechend spezialisierten Zentren durchgeführt werden sollte. Eine adäquate postoperative Nachsorge erfolgt meist in diesen Zentren.¹²

Eine Geschlechtsangleichung besteht grundsätzlich aus dem operativen Teil der Entfernung der Organe des bestehenden Geschlechts. Beim Mann bedeutet dies die Entfernung von Hoden und Penis, bei der Frau die Entfernung der Eierstöcke, Eileiter und Gebärmutter und (teilweise) der Scheide sowie der Brüste mit eventueller Mamillen-Transplantation. Damit kommt es klarerweise zur Zeugungsunfähigkeit, weshalb in letzter Zeit verstärkt die Möglichkeit einer Erhaltung der Fertilität durch Kryo-konservierung der Gonaden diskutiert wird.¹³

Die wenigen bisher vorliegenden Daten zur psychosozialen Situation von Kindern von Transidenten lassen keinen Schluss darauf zu, dass durch diese Personen aufgezogene Kinder in irgendeiner Weise beeinträchtigt sind. Bei Kindern gleichgeschlechtlicher Partner sind diese Daten wesentlich umfangreicher und zeigen ebenfalls keinerlei Beeinträchtigung.¹⁴ Auch deshalb sollten Möglichkeiten des Fertilitätserhalts mit den betroffenen Personen unbedingt besprochen werden. Die Angebote sollten alle Arten der heute möglichen assistierten Reproduktion beinhalten und die Resultate entsprechender Behandlungen sollten in wissenschaftliche Untersuchungen eingebracht werden.

Der nächste Teil der operativen Geschlechtsanpassung besteht darin, die Organe des angenommenen Geschlechts nachzubilden und wird heute meist in einem zweizeitigen Schritt durchgeführt, da gegebenenfalls mehrfache operative Eingriffe nötig sind.

Bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie wird aufgrund des oft nicht persistierenden Zustandes zunächst von hormonellen und natürlich von irreversiblen operativen Strategien Abstand genommen und eine (interdisziplinäre) medizinische Betreuung angeboten; bei großem Leidensdruck in der Pubertät kann ab etwa 12 Jahren eine Pubertätsunterdrückung mit Hormon-Antagonisten zum Zeitgewinn sinnvoll sein.¹⁵

¹² Hembree et al., Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2009;94:3132–54; Hembree et al., Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2017, 102(11):1–35.

¹³ Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Access to fertility services by transgender persons: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril* 2015 Nov;104(5):1111–5; Chiland et al., A new type of family: transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow up exploratory study of their children. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2013;61:365–70.

¹⁴ Rupp (Hrsg.). *Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften*. Rechtstatsachenforschung (2009); Garrett et al., Marriage and the Well-Being of Children. *Pediatrics* 2013, 559.

¹⁵ http://www.paediatric.at/home/Spezialbereiche/Endokrinologie_und_Diabetes/Positionspapier--Betreuung-von-Kindern-und-Jugendlichen-mit.php; Adelson S. L. and American Academy of Child and Adolescent Psychiatry AACAP, Practice parameter on gay, lesbian or bisexual orientation, gender nonconformity and gender discordance in children and adolescents, *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 2012, 51(9): 957–974; Hembree et al., Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2017, 102(11):1–35.

3 Ethische Leitlinien

Den Phänomenen Intersexualität und Transidentität ist gemeinsam, dass es um den medizinischen und gesellschaftlichen Umgang mit einem besonders sensiblen und verletzbaren Bereich des Menschen, nämlich seiner geschlechtlichen Identität geht. In beiden Fällen begegnet man Ausprägungen des Geschlechts, die von den üblichen gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen abweichen, was immer wieder zur Unterdrückung dieser Phänomene, zu Diskriminierung von Betroffenen und zu einem Anpassungsdruck an die heterosexuelle Norm, unter anderem durch medizinische Interventionen, geführt hat. In beiden Bereichen stehen Medizin und Gesellschaft daher vor der Herausforderung, überkommene Pathologisierungen dieser Phänomene zu hinterfragen, ein Recht auf Anderssein anzuerkennen, die subjektive Selbsteinschätzung Betroffener ernst zu nehmen und so zu einem neuen Verständnis dessen zu gelangen, was es in diesem Kontext bedeutet, das Recht der Betroffenen auf Sorge um ihr Wohl, auf (sexuelle) Selbstbestimmung, auf körperliche Integrität, auf Privatsphäre und auf Nichtdiskriminierung zu respektieren.

3.1 Erfahrungen Betroffener und der gestiegene Anspruch auf Selbstbestimmung

Die aktuelle Diskussion um medizinische Interventionen ist besonders bei Intersexualität durch Berichte von Betroffenen geprägt, die das Leid sichtbar gemacht haben, das diesen im Namen eines »benevolenten Paternalismus«¹⁶ zugefügt wurde. Viele operative Eingriffe im Säuglings- und Kindesalter erwiesen sich im Nachhinein als traumatisierend und die Betroffenen konnten sich oft nicht mit dem ihnen zugewiesenen Geschlecht identifizieren.¹⁷ Erfolgte der Einspruch Betroffener hier gegen zu rasche und zu eingreifende medizinische Interventionen, die sich im Nachhinein als falsch erwiesen, richtete sich der Protest bei Transidentität eher gegen zu hohe Hürden für eine operative Anpassung des Geschlechts.¹⁸ Zu einer kritischen Revision der früheren Praxis zwingt in beiden Fällen die gestiegene Bedeutung des Rechts auf Selbstbestimmung, des Schutzes der Privatsphäre und des Schutzes körperlicher Unversehrtheit. Auf dieser Linie muss sowohl bei Intersexualität als auch bei Transidentität letztlich die innerlich empfundene und frei bejahte Geschlechtsidentität des reifen Individuums als Bezugs- und Fluchtpunkt aller weiteren Überlegungen gelten.¹⁹

3.2 Auflösung starrer Geschlechterstereotypen

Angesichts der immer stärkeren Sensibilität gegenüber real ge- und erlebten Geschlechteridentitäten, die von der starr biologisch basierten Heteronormativität abweichen, steigt der ethische Anspruch, den Bedürfnissen betroffener Individuen gerechter zu werden und Zwangszuordnungen zu vermeiden, weswegen auch die frühere Strategie einer raschen operativen

¹⁶ Wiesemann, Ethical Guidelines.

¹⁷ Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Intersexualität. Stellungnahme vom 23.2.2012 (2012), 104.

¹⁸ *Rauchfleisch*, Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie.

¹⁹ So auch das deutsche Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Situation trans- und intersexueller Menschen im Fokus, Oktober 2016 (<https://www.bmfsfj.de/blob/112092/46d6be33eb8f2b5d2ee81488da03029c/situation-von-tans--und-intersexuellen-menschen-im-fokus-data.pdf>).

Geschlechterzuordnung mittlerweile als gesellschaftlicher Übergriff hinterfragt/kritisiert werden muss.²⁰ Medizinische Eingriffe laufen Gefahr, bewusst oder unbewusst in den Dienst gesellschaftlicher Erwartungen genommen zu werden und am Wohl der Betroffenen vorbeizugehen. Umso mehr muss aufgrund der Einsicht in die sozial-konstruktivistische Dimension der klassischen Geschlechterdichotomie an dieser Stelle zum Einen eine objektive ärztliche Indikation zu anpassenden oder zuordnenden Operationen allein aufgrund eines uneindeutigen somatischen Geschlechts abgelehnt werden. Zum Anderen ist schon allein aufgrund der anerkannten Patientenautonomie darauf zu achten, den betroffenen Personen eine maximale Chance zur Eigenentscheidung bei allen relevanten Behandlungsschritten einzuräumen, was insbesondere bei der Beurteilung der zeitlichen Notwendigkeit einer Maßnahme zu berücksichtigen ist.

3.3 Wohltuns und Nicht-Schadensprinzip

Intersexualität wird oft bei oder kurz nach der Geburt festgestellt, sodass sich erste Fragen nach dem richtigen Vorgehen in einer Situation stellen, wo die Betroffenen nicht selbst entscheiden können. Da sich nicht, wie am Ende des Lebens, auf einen mutmaßlichen Willen rekurrieren lässt, müssen entsprechende Entscheidungen vor allem von einer sorgfältigen und differenzierten Analyse dessen, was dem nachhaltigen Wohl des Kindes dient und was ihm möglicherweise schadet, geleitet sein. Dasselbe gilt für den Umgang mit Gender-Dysphorie bei Kindern, denen man Eingriffe vielleicht erklären kann, die aber nicht in der Lage sind, die weitreichenden Konsequenzen der verschiedenen Behandlungsoptionen zu verstehen und abzuwägen.

In allen Überlegungen und Entscheidungen im Umgang mit Intersexualität und früher Gender-Dysphorie muss daher die bestmögliche Förderung des Wohls der Betroffenen im Sinn einer nachhaltigen, auf das ganze spätere Leben bezogenen Lebensqualität im Mittelpunkt stehen. Dieses Wohl umfasst im Besonderen nicht nur den *medizinischen Erfolg* von Maßnahmen (z. B. die Funktionalität von Organen), sondern die *nachhaltige Zufriedenheit Betroffener* mit dem eigenen Körper und der eigenen Geschlechtsidentität. Es umfasst auch die Frage späterer *sexueller Empfindungsfähigkeit*, die Möglichkeit, *geglückte sexuelle Beziehungen* eingehen zu können sowie erhaltene *Fortpflanzungsfähigkeit*.²¹ Immer geht es darum, die Bedingungen für eine möglichst große subjektive Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und der eigenen sozialen Rolle und für eine möglichst gelungene soziale Integration zu schaffen. Schäden und Belastungen, die berücksichtigt werden müssen, betreffen umgekehrt *irreversible Veränderungen des körperlichen Erscheinungsbilds, Verlust der Keimdrüsen, Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit*, das spätere *funktionale Versagen von operativ mühsam aufgebauten Organen*, bleibende *körperliche Schmerzen* sowie spätere *Unzufriedenheit der Betroffenen mit den Eingriffen* bis hin zu deren strikter Ablehnung.

Von Intersexualität Betroffene haben in der Vergangenheit, was ihre spätere Lebensqualität betraf, oft einen hohen Preis für eine unbedachte Behandlungspolitik gezahlt.²² Eingriffe wur-

²⁰ Wiesemann, Ethical Principles 676.

²¹ Wiesemann, Ethical Guidelines 301.

²² Zum Folgenden vgl. Remus, in Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland (2012) 67 f.; Rothärmel, Rechtsfragen der medizinischen Intervention bei Intersexualität, MedR 2006/5, 274 (279); Schweizer, Intersexualität anerkennen statt auszulöschen, in Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Intersexualität im Diskurs, 29.

den retrospektiv als belastend, schmerzhaft und traumatisierend erlebt. Betroffene hatten das Gefühl, verstümmelt worden zu sein und litten unter dem Verlust von Fortpflanzungsfähigkeit und sexueller Empfindungsfähigkeit, die aufgebauten Organe funktionierten oft nicht, es kam zu einer Entfremdung von sich selbst als sexuellem Wesen. Zusammenfassend stellt Katinka Schweizer fest: »Die Ergebnisse zu Behandlungserfahrungen und Aspekten der Lebensqualität, die uns vorliegen, sind ernüchternd und zum Teil erschütternd.«²³ Dies zwingt einerseits dazu, das frühere Leitbild einer möglichst raschen und perfekten Geschlechtsangleichung zu korrigieren. Andererseits folgt daraus, dem Prinzip *primum nil nocere* in diesem Zusammenhang eine vorrangige Stellung einzuräumen: Irreversible medizinische Eingriffe sollten möglichst sparsam, möglichst wenig tiefgehend, möglichst *reversibel* und möglichst *spät* erfolgen. Ein Leben mit einer bis zur eigenen Entscheidungsfähigkeit offen gelassenen Geschlechtsidentität kann für die Betroffenen besser sein als eine frühzeitige, aber irreversible Festlegung, weil die Gefahr besteht, dass die Betroffenen die Eingriffe später nicht akzeptieren können oder ihnen der dafür gezahlte Preis (z. B. Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit) zu hoch erscheint. Operative Eingriffe sollten daher zunächst auf Fälle beschränkt werden, wo dies aufgrund allgemeiner gesundheitlicher Anliegen als notwendig indiziert ist. Darüber hinaus können sie nur in dem Maß gerechtfertigt sein, wie Gewissheit besteht, dass der Eingriff sich für die Entwicklung des Kindes nachhaltig positiv auswirken wird. Im Hinblick auf die Bedeutung des Rechts auf Selbstbestimmung sollte immer eine Behandlungsstrategie gewählt werden, die eine maximale Einbindung der Betroffenen bei zugleich minimalen Belastungen und Schäden für das Kind gewährleistet.

Sowohl bei Intersexualität wie auch bei Transidentität erschließt sich das Wissen, was dem Wohl von Betroffenen dient, nur unter Einbezug von deren subjektiver Erfahrung. Die Selbsterfahrung Betroffener und die Meinung von Selbsthilfegruppen und Interessensverbänden müssen daher mit einbezogen werden, wenn allgemeine Richtlinien für professionelles Vorgehen erstellt werden.²⁴

Die Komplexität der hier auftauchenden medizinischen, psychosozialen und psychosexuellen Fragen erfordert, die im jeweiligen Fall für das Kind bestmögliche Option in einem interdisziplinären Team, unter Einschluss der Eltern (siehe unten), festzulegen. Viele Entscheidungsunsicherheiten werden dabei nicht unmittelbar ethischer Natur sein, sondern auf einem mangelnden sicheren Faktenwissen beruhen: z. B. Einschätzung der langfristigen Erfolgchancen einer Operation, der späteren Zufriedenheit der Betroffenen mit einer Intervention/Nicht-Intervention, eines Tumorrisikos bei unreifen Gonaden,²⁵ der Frage, ob eine Geschlechtsdysphorie persistieren wird oder nicht. Der ethische Anspruch liegt dann darin, sich solches Nichtwissen offen einzugestehen und für ein vorsichtiges Vorgehen zu plädieren. Nichtwissen sollte Anstoß sein, über Studien sicheres Wissen zu erhalten, um zu mehr Handlungssicherheit zu gelangen.

²³ Schweizer, *Intersexualität anerkennen statt auszulöschen*, in: Deutscher Ethikrat (Hrsg.), *Intersexualität im Diskurs*, 29.

²⁴ Deutscher Ethikrat (Hrsg.), *Intersexualität. Stellungnahme vom 23.2.2012* (2012).

²⁵ Vgl. Deutscher Ethikrat (Hrsg.), *Intersexualität. Stellungnahme vom 23.2.2012* (2012).

3.4 Recht auf Selbstbestimmung

Aus dem Recht auf Selbstbestimmung (*respect for autonomy*) folgt im Zusammenhang von Intersexualität und Transidentität zunächst die medizinethische Forderung nach Aufklärung und Zustimmung für jeden medizinischen Eingriff in die körperliche Integrität von Betroffenen. Daraus folgt, dass überall dort, wo dies nicht möglich ist, Eingriffe besonders zu begründen sind. Darüber hinaus gebietet das Prinzip, dass bei Fällen von Unsicherheit oder Ambivalenz der Geschlechtszugehörigkeit das Individuum selbst das Recht hat, zur eigenen Geschlechtszugehörigkeit zu finden bzw. diese zu bestimmen.²⁶ Die entsprechenden Prozesse der Selbstfindung und die daraus resultierenden Entscheidungen müssen, so weit als möglich, ermöglicht, geschützt und geachtet werden.

Die Forderung nach aufgeklärter Zustimmung bei Eingriffen und der Rücksichtnahme auf die persönlichen Wünsche der Betroffenen, was ihre Geschlechtszugehörigkeit angeht, lässt sich im Hinblick auf Intersexualität und Transidentität jedoch in vielen Fällen nicht unmittelbar verwirklichen. Bei Intersexualität müssen Entscheidungen im Säuglings-, Kindes- oder frühen Jugendalter getroffen werden, Symptome einer Transidentität zeigen sich manchmal schon im Kindes- und frühen Jugendalter. Der Rückgriff auf einen mutmaßlichen Willen des Kindes ist wie erwähnt nicht möglich und auch die stellvertretende Entscheidung der Eltern kann entsprechende Eingriffe nicht legitimieren, da diese sich am (objektiven) Wohl des Kindes zu orientieren hat. Die Unsicherheit, was in Fällen von Intersexualität und von früher Gender-Dysphorie wirklich dem Wohl der Kinder dient, und die Tatsache, dass eine Uneindeutigkeit des Geschlechts nicht länger als ein objektiver Mangel angesehen werden kann, der um jeden Preis behoben werden müsste, begrenzen so nicht nur das Recht zu ärztlicher Intervention sondern auch die Möglichkeit, Eingriffe durch die stellvertretende Einwilligung der Eltern zu legitimieren.²⁷

In einer solchen Situation sind zunächst alle medizinischen Eingriffe ethisch gerechtfertigt und geboten, die aufgrund des allgemeinen gesundheitlichen Wohls als notwendig indiziert sind und sich nicht aufschieben lassen. Sie stellen keine Fremdbestimmung der Betroffenen durch Ärzte und Gesellschaft dar, weil ihre Intention nicht darin liegt, die geschlechtliche Identität eines Individuums zu manipulieren, sondern dessen Leben und Gesundheit zu schützen. In diesem Sinn ist hier auch eine stellvertretende Entscheidung z. B. durch die Eltern möglich.

Bei Eingriffen, die eine Anpassung der Geschlechtsmerkmale zum Ziel haben, stellt sich die Frage, ob nicht ein radikaler Verzicht auf alle Eingriffe geboten ist, bis die Betroffenen sich selbst entscheiden können (*full-consent-policy*)²⁸. Ein solches kategorisches Verbot ist aus verschiedenen Gründen ebenso problematisch wie die frühere Politik einer optimalen Geschlechtsangleichung.

²⁶ Vgl. dazu die Diskussion um Geschlechtszugehörigkeit als »choice« oder »inherent quality«; Solomon, *Identity or Behavior. A Moral and Medical Basis for LGBTQ Rights*, in: *Hast Cent Rep* (2014) Suppl. 4:4–5;

H. Bielefeld, *Die Leibhaftigkeit der Freiheit. Sexuelle Orientierung und Gender-Identität im Menschenrechtsdiskurs*, in: Bogner/Mügge (Hrsg.), *Natur des Menschen. Brauchen die Menschenrechte ein Menschenbild?* (2014); umfassend zu den diversen Aspekten und Spannungsfeldern sexueller Autonomie aus rechtsphilosophischer sowie geschlechtertheoretischer Perspektive, siehe Holzleithner, *Sexuelle Selbstbestimmung als Individualrecht und als Rechtsgut. Überlegungen zu Regulierungen des Intimen als Einschränkung sexueller Autonomie*, in: Lembke (Hrsg.), *Regulierung des Intimen, Sexualität und Recht im modernen Staat* (2017) 31 (36 ff.).

²⁷ Deutscher Ethikrat (Hrsg.), *Intersexualität. Stellungnahme vom 23.2.2012* (2012) 101 f: »Vielmehr bilden dort wo stellvertretendes Entscheiden und Handeln anderer ... notwendig sind, Wohl und Wille der Betroffenen den einzigen Maßstab, an dem sich dieses Entscheiden und Handeln zu orientieren hat.«

²⁸ Kipnis/Diamond, *Pediatric ethics and the surgical assignment of sex*, *Journal of Clinical Ethics* 1998, 398.

Es würde zunächst voraussetzen, dass mit dem Aufschieben der Interventionen den Betroffenen nicht auf andere Weise schwer geschadet wird. Es würde außerdem davon ausgehen, dass sich nicht eine Gruppe von Fällen identifizieren lässt, bei denen man mit einem frühen Eingriff einen substantiellen Vorteil erzielen und eine spätere Zufriedenheit der Betroffenen erreichen kann. Im Besonderen stellt sich die Frage, wie weit die Option für einen radikalen Verzicht nicht ein soziales Umfeld benötigt, das Varianten der Geschlechterausprägung vollkommen akzeptiert. Schließlich bleibt auch dort, wo man mit Entscheidungen etwa bis zum frühen Jugendalter zuwartet um eine Partizipation der Betroffenen zu ermöglichen, fraglich, wieweit Selbstbestimmung in vollem Sinn möglich ist und wie weit Entscheidungen in diesem Alter eine Garantie für spätere Zufriedenheit sind.

Immer sollte jedoch berücksichtigt werden, dass das Recht auf Selbstbestimmung auch *das Recht umfasst, mit uneindeutigem Geschlecht zu leben*. Aus diesem Recht auf eine offene Zukunft folgt die schon erwähnte Verpflichtung, Eingriffe möglichst sparsam, spät und unter maximaler Einbeziehung der Betroffenen vorzunehmen, eine eindeutige Zuordnung also möglichst lang offenzuhalten, aber nicht der vollkommene Verzicht auf alle Eingriffe.²⁹ Das Recht auf eine offene Zukunft muss gegen die Pflicht, das Wohl des Kindes zu fördern und ihm nicht zu schaden, abgewogen werden. Konkret müssen immer auch die durch einen Behandlungsverzicht in Kauf genommenen Risiken und Belastungen für das Individuum selbst als auch für die Gesamtheit betroffener Individuen mit berücksichtigt werden.

In Fällen, wo es zu Eingriffen im Säuglings- und Kindesalter gekommen ist, folgt aus dem Recht auf Selbstbestimmung die *Pflicht zu nachträglicher Aufklärung*. Auch in diesem Punkt gelangt man heute zu einem anderen Urteil als früher, wo Eingriffe den Betroffenen gegenüber oft verschwiegen wurden. Über die Aufklärungspflichten im Rahmen umschriebener medizinischer Interventionen hinaus setzt gelungene Selbstbestimmung ein möglichst umfassendes Wissen über die Bedingungen voraus, unter denen man sein Leben führt, seine Identität formt und Entscheidungen trifft. Irrtümer bezüglich wichtiger Fragen des eigenen Lebens verhindern so eine authentische Selbstbestimmung. Daraus ergibt sich, dass Betroffene altersadäquat aufgeklärt werden und die Möglichkeit haben sollten, sich aktiv zu informieren.³⁰

Bei erwachsenen transidenten Personen kann es zu einem Konflikt zwischen dem Prinzip des Rechts auf Selbstbestimmung und dem Nichtschadensprinzip kommen, wenn diese ihnen auferlegte »Hürden« in Form verschiedener Fachgutachten und verschiedener zu durchlaufenden Phasen als paternalistische Bevormundung durch Medizin und Gesellschaft empfinden. Hier ist einerseits zu beachten, dass es mit zunehmender Tiefe und Irreversibilität der (operativen) Eingriffe eine zunehmende Verantwortung jener gibt, die diese durchführen. Medizinethisch bedarf jeder operative Eingriff einer Indikation, die dadurch gegeben ist, dass der Eingriff in der Lage ist, das umfassende Wohl der betroffenen Person oder zumindest bestimmte Aspekte desselben wirksam zu fördern. Auf der anderen Seite müssen sich alle diagnostischen und gutachterlichen Vorkehrungen dadurch ausweisen können, dass sie erkennbar in der Lage sind, eine erfolgreiche Transition ins andere Geschlecht positiv zu ermöglichen und gleichzeitig Betroffene vor unüberlegten und vorschnellen Interventionen zu schützen, die diese später möglicherweise

²⁹ Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Intersexualität. Stellungnahme vom 23.2.2012 (2012) 102.

³⁰ Wiesemann, Ethical Guidelines 301 («the right of the future adult to be comprehensively informed about their condition and about all interventions carried out as well as the multidisciplinary health-care team's obligation to provide the appropriate information and maintain documentation»); siehe auch Gillam/Hewitt/Warne: Ethical Principles for the Management of infants with Disorders of Sex Development, in: Horm Res Paediatr 2010 74:412–418.

bereuen. Sie dürfen nicht verdeckte Relikte einer paternalistischen Bevormundung auf der Basis überkommener psychopathologischer Anschauungen über Transidentität sein. Darüber hinaus kann das Recht auf Selbstbestimmung bekanntermaßen nur erfolgreich ausgeübt werden, wenn Personen umfassend aufgeklärt sind. Es braucht in diesem Sinn ein umfassendes Wissen über die Bedingungen einer erfolgreichen Transition, das Betroffenen, die eine solche anstreben, auf verständliche Weise vermittelt werden muss. Erfolgreiche Selbstbestimmung braucht aber auch die Möglichkeit von »Selbstaufklärung« und damit Angebote für Betroffene, sich ihrer eigenen Wünsche kritisch zu vergewissern.

3.5 Die Rolle der Eltern

Neben der Verpflichtung auf das Wohl des Kindes zu achten und seinem Recht, maximal an entsprechenden Entscheidungen zu partizipieren, nennt Claudia Wiesemann »Respekt vor der Familie und der Eltern-Kind-Beziehung« als eines der drei leitenden Prinzipien für den Umgang mit DSD-Kindern.³¹ Ein Kind mit unklarem Geschlecht stellt für die Eltern eine große Herausforderung dar und viele haben nicht nur den Wunsch, das Geschlecht zu vereindeutigen, sondern beanspruchen auch spontan das Recht, entsprechende Entscheidungen zu treffen. Wieweit die Wünsche der Eltern jedoch bei Intersexualität aus ethischer Sicht Berücksichtigung finden sollten, ist in der Fachdiskussion umstritten.

Das Recht der Eltern zu stellvertretender Aufklärung und Zustimmung ist hier begrenzt, da es an das objektive Wohl des Kindes gebunden und durch seinen Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben (im Sinn einer offenen Zukunft) begrenzt ist. Es sollte verhindert werden, dass man elterliche Wünsche erfüllt, die sich langfristig als nachteilig für das Wohl des Kindes auswirken. Doch kommen gerade über das Wohl des Kindes und sein Recht auf Selbstbestimmung die Eltern auf neue Weise in den Blick. Die Beziehung zu den Eltern ist gerade bei Kindern konstitutiver Teil ihres psychischen und sozialen Wohls: »How the child feels about him- or herself is very strongly influenced by the parent's attitudes and behaviours, and parent-child relationship [*sic*] is the basis of the child's overall well-being.«³² Eltern können zudem die Bedingungen, unter denen das Kind aufwachsen wird und damit die soziale Dimension seiner künftigen Lebensqualität, am besten einschätzen. Zudem muss eine stabile und wertschätzende Eltern-Kind-Beziehung als wichtige Voraussetzung für eine spätere individuelle Selbstbestimmung angesehen werden.³³

Aus diesen Gründen sollten Eltern in alle Entscheidungen – im Sinn von *shared decision making* – mit einbezogen werden und diese mittragen können. Sie sollten unterstützt werden, damit sie für ihre Kinder in deren besonderer Situation verlässliche Bezugspersonen sind, die sie akzeptieren und bejahen.

³¹ Wiesemann 2010, 676.

³² Wiesemann 2010, 676.

³³ Psychophysische Gesundheit ist eine wichtige Bedingung für spätere Autonomie.

3.6 Gerechtigkeit

Gerechtigkeit spielt im Zusammenhang von Intersexualität und Transgender vor allem eine Rolle im Sinne von Nicht-Diskriminierung.³⁴ Intersexuelle und Transgender-Personen dürfen aufgrund ihrer besonderen geschlechtlichen Identität keine unzumutbaren Nachteile und Ausgrenzungen im gesellschaftlichen Leben erfahren, sie haben ein Recht auf Anerkennung und auf gesellschaftliche Partizipation. Dies führt zu Problemen wie z. B. des Personenstandsrechts, die im rechtlichen Teil dieses Dokuments ausführlich dargestellt werden. Eine Frage der Gerechtigkeit stellt auch das mögliche Recht auf Wiedergutmachung nach Eingriffen, die sich im Nachhinein als schwer traumatisierend und die Lebensqualität einschränkend herausgestellt haben.

³⁴ Vgl. als Kontrast im Hinblick auf Transidentität: *Graham*, Navigating community Institutions: Black Transgender Women's Experiences in Schools, the Criminal Justice System, and Churches, in: *Sex Res Soc Policy* (2014) 11:274–287; *Mansb/Garcia/Mitchell/Lunn*, From Patients to providers. Changing the Culture in Medicine Toward sexual and Gender Minorities, in: *Acad Med* Vol.90 (2015) No5:574–580.

4 Allgemeine Erwägungen zum Grundrechtsschutz

4.1 Grundrechtstatbestände

Einschlägige Grundrechtstatbestände, die zum Schutz intersexueller und transidenter Personen fruchtbar gemacht werden können, finden sich sowohl im österreichischen Verfassungsrecht als auch im Unionsrecht und in völkerrechtlichen Abkommen.

4.1.1 Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)

So schützt Art. 8 der in Österreich auch in Verfassungsrang stehenden Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens.³⁵ Unter den Schutzbereich dieser Norm fallen auch Aspekte der Transidentität und Intersexualität, wie der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte mehrfach festgestellt hat.³⁶ Demnach wird transidenten und intersexuellen Personen das Recht zugesichert, entsprechend ihrer empfundenen Geschlechtsidentität behandelt zu werden. Daraus wird teilweise das Recht, nicht zu einem der beiden Geschlechter zugeordnet zu werden, abgeleitet und gefolgert, dass eine – oft von den gesetzlichen Vertretern bzw. gesetzlichen Vertreterinnen oder behandelnden Ärzten bzw. Ärztinnen – gewählte Geschlechtsidentität nicht unveränderlich sein darf.³⁷

Aus eben diesem Verständnis des Art. 8 heraus wird schon seit geraumer Zeit das Recht abgeleitet, nicht einem der beiden Geschlechter zugeordnet werden zu müssen, und sogar die Forderung erhoben, ein drittes Geschlecht personenstandsrechtlich anzuerkennen.³⁸ Auch das deutsche Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat unlängst eine Verletzung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) und des Diskriminierungsverbots (Art. 3 Abs. 3 Satz 1 GG) in dem Umstand gesehen, dass Personen, die sich dauerhaft weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zuordnen lassen, trotzdem personenstandsrechtlich nur die Optionen »männlich« oder »weiblich« registrieren lassen oder den Geschlechtseintrag ganz offen lassen können. Der deutsche Gesetzgeber hat nun durch eine entsprechende Änderung des Personenstandsrechts zu reagieren.³⁹ Dabei ist es ihm freigestellt, entweder eine dritte positive Option einzuführen oder in Personenstandsregistern und -urkunden ganz auf einen Geschlechtseintrag zu verzichten.

Zudem folgt aus Art. 8 EMRK die positive Verpflichtung des Staates, die körperliche Unversehrtheit seiner Bürgerinnen und Bürger zu schützen. Dies beinhaltet das Recht, bei Behandlungsfehlern die Verantwortlichen zivilrechtlich und strafrechtlich zu verfolgen⁴⁰ und damit insbesondere das Recht auf Schadenersatz.⁴¹

³⁵ Zum Schutzbereich siehe *Meyer-Ladewig* in Meyer-Ladewig/Nettesheim/Von Raumer (Hrsg.), Europäische Menschenrechtskonvention⁴ (2017) Art. 8 Rn. 7 und 21 ff.

³⁶ Vgl. die Nachweise bei *Meyer-Ladewig* in Meyer-Ladewig/Nettesheim/Von Raumer, EMRK⁴ Art. 8 Rn. 26.

³⁷ *Büchler/Cottier*, Intersexualität, Transsexualität und das Recht – Geschlechtsfreiheit und körperliche Integrität als Eckpfeiler einer neuen Konzeption, Freiburger Frauenstudien 17, 115 (125 f.).

³⁸ Siehe bspw. *Büchler/Cottier*, Intersexualität, Transsexualität und das Recht – Geschlechtsfreiheit und körperliche Integrität als Eckpfeiler einer neuen Konzeption, Freiburger Frauenstudien 17, 115 (125 f.); *Vöneky/Wilms*, in Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland (2011) 4; *Remus*, Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland 4; Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Intersexualität. Stellungnahme vom 23.2.2012 (2012) 138 ff.

³⁹ Dazu näher unter 5.1.

⁴⁰ *Meyer-Ladewig* in Meyer-Ladewig/Nettesheim/Von Raumer, EMRK⁴ Art. 8 Rn. 2.

⁴¹ EGMR 15,11,2007, 22750/02, *Benderskiy/Ukraine*.

Art. 12 EMRK, der ausdrücklich Männern und Frauen das Recht auf Schließung einer Ehe zusichert, garantiert zunächst keine Verpflichtung der Staaten, einen Zugang zur Ehe für gleichgeschlechtliche Paare zu schaffen.⁴² Daraus folgend hat der Deutsche Ethikrat darauf hingewiesen, dass Art. 12 EMRK auch keinen verpflichtenden Zugang zum Status der Ehe für Intersexuelle gewährleistet.⁴³ Wenn allerdings Art. 12 EMRK von »Mann und Frau« spricht, muss sich das nicht zwingend auf eine Geschlechtsbestimmung nach rein biologischen Kriterien beziehen.⁴⁴

Der österreichische Verwaltungsgerichtshof hat unter Berufung auf Art. 8 und Art. 12 EMRK festgehalten, dass einer transidenten Person nicht sowohl das Recht auf Eheschließung als auch jenes auf Eingehung einer eingetragenen Partnerschaft verweigert und ihr somit jedwede Möglichkeit einer rechtlich gesicherten Lebensgemeinschaft genommen werden darf bzw. hat eine transidente Person insgesamt ein Recht darauf, eine Ehe mit einem – ausgehend von ihrem äußeren Erscheinungsbild und ihrer psychischen Verfassung⁴⁵ – nach der Eintragung im Geburtenbuch gegengeschlechtlichen Partner einzugehen.⁴⁶

Schließlich kann die unterschiedliche Behandlung aufgrund von Intersexualität oder Transidentität als Diskriminierung im Sinne des Art. 14 EMRK zu qualifizieren sein, da dies wie eine unterschiedliche Behandlung aufgrund des Geschlechts, also aufgrund eines »verpönten« Differenzierungsmerkmals, zu werten ist.⁴⁷ An die Rechtfertigung sind erhöhte Anforderungen zu stellen.

4.1.2 EU-Grundrechtecharta (GRC)

Im Anwendungsbereich des Unionsrechts sind in erster Linie die in der EU-Grundrechtecharta (GRC)⁴⁸ garantierten Rechte zu beachten.⁴⁹ Art. 3 Abs. 1 GRC verbrieft das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit.⁵⁰ Davon erfasst sind auch zwangsweise vorgenommene bzw. ohne die notwendige Aufklärung erfolgte Heilbehandlungen⁵¹ und damit gegen den Willen der Betroffenen oder ohne hinreichende vorangegangene Informierung vorgenommene geschlechtszuordnende medizinische Maßnahmen. Art. 7 GRC schützt – wie bereits Art. 8 EMRK – mit dem Schutz des Privatlebens das Recht auf Identität und Entwicklung der Person.⁵² Art. 21

⁴² EGMR 24.6.2010, 30141/04, *Schalk u. Kopf/Austria*.

⁴³ Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Intersexualität. Stellungnahme vom 23.2.2012, 136.

⁴⁴ EGMR 11.7.2002, 28957/95, *Goodwin/UK*.

⁴⁵ Zu den Voraussetzungen der Anerkennung des »neuen« Geschlechts unten 6.2.1.

⁴⁶ VwGH 95/01/0061 VwSlg. 14.748A. An dieser Stelle sei auf den anhängigen Prüfungsbeschluss des VfGH vom 12. Oktober 2017, E 230-231/2016-27 betreffend die Öffnung der Ehe für gleichgeschlechtliche Paare hingewiesen.

⁴⁷ Vgl. EGMR 30.11.2010, 35159/09, *P.V./Spain; Tobler*, Equality and Non-Discrimination under the ECHR and EU Law – A Comparison Focusing on Discrimination against LGBTI Persons, *ZaöRV* 2014, 521 (544).

⁴⁸ Charta der Grundrechte der Europäischen Union, ABl. C 2000/364, 1.

⁴⁹ Hinzuweisen ist aber auch auf zahlreiche Europäische Initiativen zur Forcierung der Gleichbehandlung von LGBTI-Personen wie bspw. European Commission, List of actions by the Commission to advance LGBTI equality; European Union Agency for Fundamental Rights, Aktualisierter Bericht zum Rechtsschutz für LGBTI-Personen in der EU vom 11. 12. 2015; Parlamentarische Versammlung des Europarats, Resolution 2048 vom 22.4.2015: »Discrimination against transgender people in Europe«.

⁵⁰ Zum Verhältnis zu Art. 8 EMRK *Martin/Borowsky* in Meyer (Hrsg.), Charta der Grundrechte der Europäischen Union⁴ (2014) Art. 3 Rn. 34.

⁵¹ *Jarass*, Charta der Grundrechte der Europäischen Union³ (2016) Art. 3 Rn. 8 f.

⁵² Vgl. *Bernsdorff* in Meyer, Charta der Grundrechte der Europäischen Union⁴ Art. 7 Rn. 14.

Abs. 1 GRC verpönt u. a. Diskriminierungen aufgrund des Geschlechts und damit auch die Diskriminierung aufgrund von Transidentität und Intersexualität.⁵³

Schließlich normiert Art. 23 GRC die Gleichheit von Frauen und Männern in allen Bereichen, einschließlich der Beschäftigung, der Arbeit und des Arbeitsentgelts. Überdies ist die EU-Richtlinie zur Verwirklichung des Grundsatzes der Chancengleichheit und Gleichbehandlung von Männern und Frauen in Arbeits- und Beschäftigungsfragen⁵⁴ auch auf intersexuelle und transidente Personen anwendbar, da der Grundsatz der Gleichbehandlung von Männern und Frauen etwa auch den Schutz vor Diskriminierung aufgrund einer Geschlechtsumwandlung erfasst (vgl. u. a. Erwägungsgrund 3).⁵⁵ Nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH)⁵⁶ stellt die Kündigung einer transidenten Person wegen einer geschlechtsanpassenden Operation eine unzulässige Diskriminierung aufgrund des Geschlechts dar.

4.1.3 Internationale Übereinkommen

Die von Österreich – unter Erfüllungsvorbehalt⁵⁷ – ratifizierte UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK)⁵⁸ bietet Schutz für minderjährige Intersexuelle und Transidente. Deren Art. 2 Z. 1 verbietet jede Diskriminierung u. a. aufgrund des Geschlechts. Nach Art. 3 Z. 1 UN-KRK haben sich alle Maßnahmen, die von Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, vorrangig am Kindeswohl zu orientieren.⁵⁹ Aus Art. 6 UN-KRK, der das Recht auf Leben bzw. das Recht auf Entwicklung des Kindes schützt, wird teilweise eine Verpflichtung abgeleitet, geschlechtsangleichende Operationen nicht ohne Rücksicht auf das Wohl des Kindes durchzuführen.⁶⁰ Ebenso wird aus Art. 8 UN-KRK, der das Recht auf Achtung der Identität des Kindes beinhaltet, geschlossen, dass das Kind selbstbestimmt über seine Geschlechtsidentität entscheiden können muss.⁶¹

⁵³ *Rossi* in Calliess/Ruffert (Hrsg.), Kommentar EUV/AEUV 5 (2016) Art. 21 GRC Rn. 8a; *Streinz* in Streinz (Hrsg.), Kommentar EUV/AEUV 2 (2012) Art. 21 GRC Rn. 4; EuGH 7. 1. 2004, C-117/01, *K.B./National Health Service*; EuGH 27. 4. 2006, C-423/04, *Richards*. Vgl. aber EuGH 29.4.2015, C-528/13, *Léger*: Ausschluss homosexueller Männer von der Blutspende. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass nunmehr mit der überarbeiteten Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie). Gesamtnovelle 2017 (2017) iVm. §§ 12a, 18 Transfusionsgesetz in Deutschland die Blutspende auch für Transsexuelle möglich ist, wobei Personen mit sexuellem Risikoverhalten natürlich weiterhin ausgenommen sind. Zu dieser Diskussion in Österreich vgl. die Antwort auf die parlamentarische Anfrage Nr. 3193/J-BR/2016 der Bundesministerin für Gesundheit vom 1.2.2017, 2957/ AB-BR/2017.

⁵⁴ Richtlinie 2006/54/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juli 2006 zur Verwirklichung des Grundsatzes der Chancengleichheit und Gleichbehandlung von Männern und Frauen in Arbeits- und Beschäftigungsfragen, ABl. L 2006/204, 23.

⁵⁵ Vgl. dazu *Agius/Tobler* in Europäische Kommission (Hrsg.), Trans- und Intersexuelle Menschen, Diskriminierung von trans- und intersexuellen Menschen aufgrund des Geschlechts, der Geschlechtsidentität und des Geschlechtsausdrucks 50 f. mit den Ergebnissen einer Umfrage über in den Mitgliedstaaten getroffene Maßnahmen zur Förderung der Gleichbehandlung von inter- und transsexuellen Menschen.

⁵⁶ EuGH 30.4.1996, C-13/94, *P./S. und Cornwall County Council*; zu den Auswirkungen auf die österreichische Rechtslage *Greif*, Diskriminierung von transidenten Personen – Diskriminierung aufgrund des Geschlechts? (2009) 2 f.

⁵⁷ Vgl. ErläutRV 413 BlgNR XVIII. GP 26.

⁵⁸ Übereinkommen über die Rechte des Kindes, BGBl. 1993/7.

⁵⁹ Die Bedachtnahme auf das Kindeswohl stellt auch ein Grundprinzip des österreichischen Kindschaftsrechts dar: ErläutRV 413 BlgNR XVIII. GP 29.

⁶⁰ So *Remus*, Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland 4.

⁶¹ *Dies*, a. a. O. Auch der österreichische Gesetzgeber verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass das Personenstandsgesetz zum Schutz der Identität eine Möglichkeit der Berichtigung unrichtiger Eintragungen gewährleistet: ErläutRV 413 BlgNR XVIII. GP 33.

Weiters ist Art. 17 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte⁶² für transidente und intersexuelle Personen relevant, da er wie Art. 8 EMRK vor willkürlichen oder rechtswidrigen Eingriffen in das Privatleben schützt.⁶³

Den Rechten aus der UN-KRK sowie aus dem IPBPR kommt im Vergleich zu jenen aus der EMRK und der GRC mangels direkter Anwendung und unmittelbarer Wirkung für den Einzelnen allerdings wesentlich geringere Bedeutung zu.

4.2 Einfachgesetzlicher Antidiskriminierungsschutz

Auf einfachgesetzlicher Ebene ist der Schutz gegen Diskriminierung durch eine Reihe von Vorschriften des Antidiskriminierungsrechts sicher gestellt, so namentlich durch:

- Bundesgesetz über die Gleichbehandlung (Gleichbehandlungsgesetz – GIBG)⁶⁴: gilt für die Privatwirtschaft und in sonstigen Bereichen und wurde 2004 u. a. um den Diskriminierungsgrund der sexuellen Orientierung erweitert;
- Bundesgesetz über die Gleichbehandlung im Bereich des Bundes (Bundes-Gleichbehandlungsgesetz – B-GIBG)⁶⁵: gilt für Arbeitsverhältnisse im Bundesdienst und wurde 2004 ebenfalls entsprechend erweitert;
- diverse Landes-Gleichbehandlungsgesetze: zur Regelung von Arbeitsverhältnissen von Landes- und Gemeindebediensteten.

Zur Unterstützung bei der Durchsetzung des Rechts auf Gleichbehandlung sind die Gleichbehandlungsanwaltschaft (für Arbeitsverhältnisse in der Privatwirtschaft und sonstige Bereiche) und die Gleichbehandlungsbeauftragten (für den Bundesdienst) eingerichtet. Sie betreffende Einzelheiten sind im Bundesgesetz über die Gleichbehandlungskommission und die Gleichbehandlungsanwaltschaft (GBK/GAW-Gesetz)⁶⁶ sowie im B-GIBG geregelt.

4.3 Weitergehender Schutz vor Ausgrenzung

4.3.1 Zurückdrängung von stigmatisierender Terminologie und Vorurteilen

Der juristische Diskurs folgt mehrheitlich dem medizinischen Diskurs⁶⁷ und definiert Abweichungen vom binären Geschlechtermodell als Krankheit. Daher werden geschlechtsanpassende und zuordnende Eingriffe bei medizinischer Indikation juristisch als Heilbehandlung qualifiziert.⁶⁸ Diese Einordnung ist nicht zuletzt im sozialversicherungsrechtlichen Kontext relevant, weil

⁶² BGBl. 1978/591.

⁶³ Vgl. *Vöneky/Wilms*, Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland 4, nach denen die Zuordnung in die binäre Geschlechtsstruktur (auch) dieser Bestimmung widersprechen könnte.

⁶⁴ BGBl. I 2004/66.

⁶⁵ BGBl. 1993/100.

⁶⁶ BGBl. 1979/108.

⁶⁷ Vgl. etwa WHO, International Classification of Diseases-10, Chapter V, F 64.

⁶⁸ Aus strafrechtlicher Sicht etwa *Schütz* in Höpfel/Ratz, WK StGB2 § 90 Rz. 152 ff; dazu unter 5.2.1; zum Zivilrecht z. B. *Stormann* in Schwimann/Kodek (Hrsg.), Kommentar zum ABGB I4 (2013) § 173 Rz. 4; dazu unter 5.2.2.

sie nach geltendem Recht die Grundlage dafür schafft, dass die Betroffenen die Kosten für notwendige Operationen und Therapien ersetzt erhalten.

Mit Intersexualität oder Transidentität ist jedoch nicht immer Leiden verbunden. Sollten sich intersexuelle oder transidente Personen gegen geschlechtszuordnende oder -ändernde Eingriffe entscheiden und ein Leben unter Abweichung vom bipolaren Mann/Frau-Schema wählen, ist ihr Zustand nicht als Krankheit zu werten.⁶⁹ Von »Krankheit« sollte nur gesprochen werden, wenn die Betroffenen ihren Zustand selbst als behandlungsbedürftig empfinden und diese Funktionsstörungen, schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen oder psychisches Leiden zur Folge haben. Eine pathologisierende Terminologie kann für die Betroffenen als abwertend und stigmatisierend empfunden werden und führt zur Bildung und Festigung von Vorurteilen in der Gesellschaft.

Die Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit stellt eine wichtige Maßnahme zur Vermeidung von Ausgrenzung und Stigmatisierung dar. Insbesondere in ausgewählten Bereichen (etwa in der medizinischen Versorgung oder dem Betreuungs- und Bildungswesen⁷⁰, sowie im Rahmen der Ausbildung der Fachkräfte) wird bereits auf Aufklärung gesetzt und nicht stigmatisierende Terminologie verwendet, so dass Intersexualität und Transidentität als Normvariation des Menschen in der Gesellschaft Anerkennung finden und verstärkt auf die Bedürfnisse intersexueller und transidenter Personen eingegangen werden kann. Dadurch wird auch der Druck auf die Betroffenen verringert, sich aus rein sozialen Gründen und ohne medizinische Indikation operativen Eingriffen zu unterziehen.

4.3.2 Abfrage des Geschlechts

Die alltägliche Abfrage des Geschlechts und die damit noch in der Regel verbundene Wahl zwischen den bipolaren Geschlechtern kann intersexuelle und transidente Personen in belastende Situationen bringen. Eine dritte Option könnte die Schlechterstellung von intersexuellen Personen bei der Geschlechterabfrage theoretisch ausschließen. Allerdings vermag die Abfrage des Geschlechtes auch dann noch zu Stigmatisierung und in der Folge zu Diskriminierung der Betroffenen zu führen, weil die Pflicht zur Offenlegung des Geschlechts an sich schon einen Eingriff in die Privatsphäre darstellen kann.⁷¹

Bestimmte sachliche Gründe könnten die zwingende Abfrage des Geschlechts allerdings rechtfertigen, etwa solche medizinischer (Beispiel: Aufnahme im Spital) oder organisatorischer Art (Beispiel: Unterbringung in Mehrbettzimmern eines Ferienlagers). Sollte kein sachlich gerechtfertigter Grund für eine zwingende Abfrage vorliegen, könnte diese optional gehalten werden.

4.3.3 Zugang zu geschlechtergetrennten Einrichtungen

Auch beim Zugang zu Sanitäreinrichtungen, Umkleieräumen udgl. stehen Personen, die sich nicht dem binären Mann/Frau-Schema unterordnen möchten oder können, vor unangenehm-

⁶⁹ In diesem Sinn *Petričević*, Zur Legitimität von Geschlechtsnormierungen bei intersexuellen Minderjährigen, *juridikum* 2015, 427.

⁷⁰ Vgl. in diesem Zusammenhang etwa den Fall rund um den Verdacht der Diskriminierung eines Transgenderkindes in einer niederösterreichischen Schule, infolgedessen ein Prüfungsverfahren durch die Volksanwaltschaft eingeleitet wurde: Presseaussendung der Volksanwaltschaft vom 20.7.2017 unter https://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/6ursf/PA_Ausgrenzung%20von%20Kind%20mit%20Diabetes%20in%20Montessorischule.pdf.

⁷¹ Siehe die Umfrage zur Benennung der Geschlechtsidentität von Intersexuellen *Bora* in Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Zur Situation intersexueller Menschen, Bericht über die Online-Umfrage des Deutschen Ethikrates (2012) 32.

men Situationen. Gem. § 33 Abs. 2 der Arbeitsstättenverordnung⁷² sind (ab einer bestimmten Arbeitnehmerzahl) an Arbeitsstätten nach Geschlechtern getrennte Toiletten einzurichten. Für Betroffene kann die Wahl zwischen den Einrichtungen mit der Beschriftung »männlich« oder »weiblich« oder dem Rollstuhlsymbol belastend sein.

Denkbar wäre eine Änderung der gesetzlichen Regelung dahingehend, dass Unternehmen und Institutionen entweder ihre geschlechtergetrennten Sanitäreinrichtungen in geschlechtsneutrale Einrichtungen umwandeln oder aber eine dritte, geschlechtsneutrale Gruppe von Sanitäreinrichtungen vorsehen müssen. Dabei ist allerdings auch zu berücksichtigen, dass die Einführung einer dritten Gruppe für die betroffenen Unternehmen und Institutionen eine erhebliche wirtschaftliche und logistische Belastung darstellen würde. Außerdem könnte sie von den Betroffenen erst recht als stigmatisierend empfunden werden. Die Aufhebung der Geschlechtertrennung ist geeignet, die Gefühle anderer Personen zu beeinträchtigen, und daher auch nicht unproblematisch.

Ein Wahlrecht für Betroffene beim Zugang zu baulichen, sportlichen, gesellschaftlichen und anderen Einrichtungen, die weiterhin auf einem binären Geschlechtermodell aufbauen möchten, würde wohl eine geeignetere Lösung darstellen.⁷³ Zwar kann dies bei Dritten zu Verwirrung und u. U. zu Unmut führen. Nicht jedes Interesse Dritter ist jedoch schützenswert und der Gesellschaft ist grundsätzlich zumutbar, Normvariationen zu tolerieren. Nur ausnahmsweise kann zum Schutz berechtigter Interessen Dritter von betroffenen Personen eine äußerlich sichtbare Geschlechterzuordnung verlangt werden; so ist etwa kein schützenswertes Interesse erkennbar, weshalb eine Person, die sich eindeutig als Mann kleidet, frisiert, geriert usw., den Besuch der Herrentoilette ablehnen und auf den Zugang zur Damentoilette bestehen dürfen sollte.

4.3.4 Leistungssport

Sachlich notwendig ist die Differenzierung nach dem Geschlecht auch beim Leistungssport. In diesem Zusammenhang stellt sich einerseits die Frage, ob Personen mit nicht eindeutig ausgeprägtem Geschlecht bei Sportwettbewerben (auch) in der weiblichen Teilnehmerinnen vorbehaltenen Klasse starten dürfen. Ähnliche Probleme treten auf, wenn etwa eine Mann-zu-Frau-transsexuelle Person, deren (weibliches) Geschlecht bereits personenstandsrechtlich beurkundet wurde, nunmehr bei Frauenbewerben an den Start gehen will.⁷⁴ Da die unterschiedliche geschlechterbedingte körperliche Beschaffenheit zwischen Männern und Frauen zu Wettbewerbsverzerrungen führen kann, wenn beide Geschlechter im selben Bewerb antreten müssen, kann in diesem Fall ein beschränkter Zugang zu Frauenwettbewerben sachlich gerechtfertigt sein.⁷⁵ In diesem Sinne hat der Internationale Leichtathletikverband im Jahr 2011 ein – seinen wesentlichen Ideen nach im darauffolgenden Jahr auch vom Internationalen Olympischen Komitee übernommenes⁷⁶ – Regelwerk veröffentlicht, in dem festgelegt wird, unter welchen

⁷² Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales, mit der Anforderungen an Arbeitsstätten und an Gebäuden auf Baustellen festgelegt und die Bauarbeiterschutverordnung geändert wird (Arbeitsstättenverordnung – AStV), BGBl. II 1998/368.

⁷³ So auch *Fuchs/Kempe-Schälicke/Richter/Franzen* in BMFSFJ (Hrsg.), *Geschlechtliche Vielfalt im öffentlichen Dienst* (2017) 13 f., 30 f.

⁷⁴ In dieser Hinsicht empfiehlt das Stockholmer Übereinkommen zu Geschlechtsumwandlungen im Sport, dass transsexuelle Athleten, die sich einer operativen Geschlechtsumwandlung vor der Pubertät unterzogen haben, in sportlichen Wettkämpfen des neuen Geschlechts startberechtigt sind, während dies nur unter Einschränkungen möglich ist, wenn die Geschlechtsumwandlung nach der Pubertät vorgenommen wurde.

⁷⁵ Vgl. aus österreichischer Sicht den zu Beginn erörterten Fall Erik/Erika Schinegger; ferner aus jüngster Zeit den medienwirksamen Fall der südafrikanischen Leichtathletin Caster Semenya; dazu etwa *Reinsch*, FAZ vom 20.08.2016, »Der Fall Semenya entzweit die Leichtathletik«; weitere Beispiele bei *De Antoni*, *Intersexualität als Problem des Hochleistungssports* (2011) 50 ff.

⁷⁶ International Olympic Committee (Hrsg.), *IOC Regulations on Female Hyperandrogenism* (2012).

Bedingungen intersexuelle Menschen bei Frauenbewerben an den Start gehen dürfen.⁷⁷ Allerdings hat der Internationale Sportgerichtshof in einem einstweiligen Schiedsspruch⁷⁸ aus dem Jahr 2015 die Aussetzung jener Regelungen des IAAF, die weiblichen Sportlerinnen, welche bestimmte Testosterongrenzwerte überschritten, von der Teilnahme an Frauenwettbewerben⁷⁹ ausschloss, für zunächst zwei Jahre angeordnet.⁸⁰ In diesen zwei Jahren sollte geklärt werden, ob ein erhöhter Testosteronspiegel bei Frauen tatsächlich bereits für sich genommen einen Wettbewerbsvorteil darstellt.⁸¹

Angestrebt werden sollte insofern eine Lösung, die intersexuelle und transidente Personen einerseits nicht aus unsachlichen Gründen benachteiligt, andererseits aber auch aus Sicht der Fairness im sportlichen Wettbewerb von allen Beteiligten mitgetragen werden kann. Von potentiell als stigmatisierend empfundenen Richtlinien und Testmethoden ist jedenfalls abzusehen.⁸² Derzeit nicht möglich ist allerdings – auch wenn sich die österreichische Höchstgerichtsbarkeit in Anlehnung an die deutsche verfassungsgerichtliche Rechtsprechung zu einer personenstandsrechtlichen Anerkennung eines dritten Geschlechts entscheiden sollte⁸³ – der Antritt in einer eigens zu schaffenden dritten Kategorie.⁸⁴ Ein solcher würde faktisch wohl schlicht auch an der zu geringen Anzahl an Mitbewerbern scheitern.

4.3.5 Adäquate Sprache und Anrede

In den Medien wurden bislang Forderungen diskutiert, intersexuelle und transidente Personen nicht mit den Anreden »Herr« oder »Frau« anzusprechen.⁸⁵ Im Gegensatz zum jüngst in Schweden eingeführten geschlechtsneutralen Pronomen »hen«⁸⁶ hat die deutsche Sprache (noch) keine Alternative zu den geschlechtsbezogenen Anreden und Pronomen.⁸⁷ Sprachliche Strukturen, die auf einer bipolaren Geschlechtervorstellung aufbauen, sind tief in der österreichischen Kultur verwurzelt (Beispiel: »Sehr geehrte Damen und Herren ...«). Ein bereits begonnenes

⁷⁷ International Association of Athletics Federations (Hrsg.), IAAF Regulations governing Eligibility of Athletes which have undergone Sex Reassignment to compete in Women's Competition (2011); dazu krit. *Buzuwis*, *Hormone Check: Critique of Olympic Rules on Sex and Gender*, *Wisconsin Journal of Law, Gender and Society* 2016, 29 (39 ff., 53 ff.)

⁷⁸ The Court of Arbitration for Sport, 2014/A/3759, *Dutee Chand v. AFI & IAAF*.

⁷⁹ Ihnen steht aber in diesem Fall selbstverständlich frei, an den jeweiligen Wettbewerben für Männer teilzunehmen.

⁸⁰ Das hat wiederum auch das Internationale Olympische Komitee veranlasst, seine Richtlinien in dieser Hinsicht zu lockern: Vgl. International Olympic Committee (Hrsg.), *IOC Consensus Meeting on Sex Reassignment and Hyperandrogenism* (2015) 2 f.

⁸¹ Eine Entscheidung über das gegen den betreffenden Schiedsspruch vom Internationalen Leichtathletikverband erhobene Rechtsmittel steht zum heutigen Tag noch aus.

⁸² Dazu *Comradi/Wiesemann*, *Determination von Geschlecht im Sport – ein ethisches Problem*, *Hessisches Ärzteblatt* 2009, 656; *Buzuwis*, *Transsexual and Intersex Athletes*, in *Sartore-Baldwin* (Hrsg.), *Sexual Minorities in Sport: Prejudice at Play* (2013) 55 (66 ff.).

⁸³ Dazu unten 5.1.1.

⁸⁴ Insofern hat hinsichtlich internationaler Wettbewerbe der nationale Gesetzgeber auch kaum Spielraum, solange die Regelungen der jeweils zuständigen internationalen Gremien dergleichen nicht vorsehen: vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), *Ausarbeitung des wissenschaftlichen Dienstes: Intersexualität/Transsexualität und Olympische Wettkämpfe*, WD 10 - 3000 - 063/13 (2013) 13.

⁸⁵ *Baum*, *Sagen Sie bitte Profx. zu mir*, in: *FAZ* vom 17.11.2014; »Sagen Sie Herm zu mir«: *Intersexualität beim Namen nennen*, in: *derStandard.at* vom 5.9.2016.

⁸⁶ *FAZ* vom 15.4.2015, *Er, sie, »hen«*; vgl. auch im schwedischen Standardwörterbuch »Svenska Akademiens ordlista« unter dem Begriff »hen«.

⁸⁷ *De lege ferenda plädiert Niedenthal*, *Stellungnahme in BMFSFJ* (Hrsg.), *Geschlecht im Recht* (2017) 36, 38 für die Möglichkeit, gleichzeitig mit der Eintragung eines dritten Geschlechts auch die von der betroffenen Person gewünschte Anredeform im Personenstandsregister eintragen zu können..

Normprojekt »geschlechtersensibler Umgang mit Sprache« des Austrian Standards Institute wurde wieder aufgegeben.⁸⁸

Eine eigene Anrede für Intersexuelle mit der Absicht einer Inklusion dieser Personengruppen könnte von den Betroffenen möglicherweise nicht nur positiv aufgenommen, sondern auch als stigmatisierend empfunden werden.⁸⁹ Mit einer solchen Anrede würde das »Anders-Sein« betont. Bis auf einzelne Meinungen Betroffener fehlen bislang empirische Studien über die Auswirkungen einer eigenen Anredeoption für intersexuelle Personen. Forschung und Datenerhebung wäre daher in diesem Bereich sinnvoll.

Eine »Ent-Genderung« der Sprache mittels einer einheitlichen Anrede für alle könnte dazu führen, dass der Vielschichtigkeit der Gesellschaft nicht mehr der nötige sprachliche Ausdruck verschafft wird. Eine solche Sprache könnte zudem zu einem Verlust des notwendigen Fokus‘ auf die noch nicht vollständig erreichte Gleichbehandlung der Geschlechter führen. Das Ergebnis einer weitergehenden »Ent-Genderung« der Sprache birgt das Risiko, anstelle von Akzeptanz und Toleranz eine Polarisierung der Gesellschaft zu bewirken, was gerade vermieden werden soll.

⁸⁸ Entwurf der ÖNORM A 1080, 37; vgl. zu den Gründen der Einstellung des Projekts <https://www.austrian-standards.at/newsroom/meldung/geschlechtersensibler-umgang-mit-sprache-wird-kein-normprojekt/>

⁸⁹ Pragmatische Vorschläge zum rücksichtsvollen Umgang im Alltag bei *Fuchs/Kempe-Schälicke/Richter/Franzen* in BMFSFJ, Geschlechtliche Vielfalt im öffentlichen Dienst 44 f.

5 Erwägungen zur Intersexualität

5.1 Eintragung des Geburtsgeschlechts

5.1.1 Derzeitige Rechtslage

Das Geschlecht eines Menschen gehört nach § 2 Abs. 2 Z. 3 des Personenstandsgesetzes (PStG)⁹⁰ zu den allgemeinen Personenstandsdaten. Nach § 54 Abs. 1 Z. 2 PStG ist bei der Geburt des Kindes dessen Geschlecht in die Geburtsurkunde einzutragen. Die österreichische Rechtsordnung (vgl. etwa Art. 7 Abs. 3 B-VG und Art. 12 EMRK) geht dabei von einem binären Geschlechterverständnis aus.⁹¹

Bei intersexuell Geborenen muss der Standesbeamte oder die Standesbeamtin das Geschlecht eintragen, auf das die körperlichen Merkmale des Neugeborenen in erster Linie hinweisen, dessen Merkmale zum Zeitpunkt der Geburt also überwiegen,⁹² was normalerweise auf Hinweis des Geburtshelfers oder der Geburtshelferin bzw. des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin hin geschieht⁹³. Nach österreichischer Rechtslage besteht nicht ausdrücklich die Möglichkeit, diese Eintragung frei zu lassen, wenn das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht eindeutig zugeordnet werden kann.⁹⁴ Der mittlerweile – wegen der fehlenden Möglichkeit der Eintragung einer dritten Option – für mit dem Grundgesetz unvereinbar erklärte § 22 Abs. 3 des deutschen Personenstandsgesetzes (dPStG)⁹⁵ sieht diese Möglichkeit hingegen explizit vor.⁹⁶ § 40 Abs. 1 des österreichischen PStG würde zwar eine solche Vorgehensweise ebenfalls zulassen,⁹⁷ doch ist das Weglassen dieser Eingabe in der von den Personenstandsbehörden verwendeten EDV-Eingabemaske technisch gar nicht möglich und wird somit nicht praktiziert.⁹⁸ Da eine dritte Option nach derzeit geltendem Recht nicht vorgesehen ist, stehen intersexuelle Personen vor dem Problem, aus einer der bestehenden Option wählen zu müssen.

Diesbezüglich ist im deutschen Recht nun eine Änderung zu erwarten. Nachdem eine Klage auf Eintragung eines dritten Geschlechts mit der Bezeichnung »inter« oder »divers« noch vor dem BGH gescheitert war,⁹⁹ hat das deutsche BVerfG – bezogen auf die verfassungsrechtliche Situation unter dem deutschen Grundgesetz (GG) – hin beschlossen, dass die Eintragung eines

⁹⁰ Bundesgesetz über die Regelung des Personenstandswesens, BGBl. I 2013/16.

⁹¹ Vgl. VwGH 95/01/0061 VwSlg. 14.748A. Zur deutschen Rechtslage Helms, Brauchen wir ein drittes Geschlecht? (2015), 27; a.A. Gössl, Intersexuelle Menschen und ihre personenstandsrechtliche Erfassung, NZFam 2016, 1122 (1127).

⁹² So auch Althoff/Schabram/Follmar-Otto, in Deutsches Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Gutachten. Geschlechtervielfalt im Recht. (2017) 39.

⁹³ Edlbacher, Die Transsexualität im Zivil- und im Personenstandsrecht, ÖJZ 1981, 173.

⁹⁴ Dazu rechtsvergleichend Europäische Grundrechteagentur (Hrsg.), The fundamental rights situation of intersex people (2015) 4 f.

⁹⁵ Personenstandsgesetz 2007, dBGBl. I 2007/122.

⁹⁶ Im Urteil BGH 22.6.2016, XII ZB 52/15 Rz. 23 wurde auch die Möglichkeit einer *späteren* Streichung des bis dahin eingetragenen Geschlechts anerkannt. Eine solche ist auch in einem von den Grünen in den Bundestag eingebrachten und bereits entsprechenden Ausschüssen zugewiesenen Gesetzesentwurf vorgesehen, indem § 22 dPStG ein Abs 4 angefügt werden solle, siehe BT-Drucks. 18/12179 (Gesetzesentwurf), 6. Auch wenn sich der Gesetzgeber im Zuge der – infolge des Beschlusses des BVerfG 10.10.2017, 1 BvR 2019/16 Rz. 65 – vorzunehmenden Neuregelung mit dieser Frage nicht mehr auseinandersetzen sollte, wird damit die Möglichkeit einer späteren Streichung zusätzlich bestehen bleiben, falls die Zivilgerichte diese Rsp. auch nach der Schaffung einer dritten Geschlechtsoption im Geburtenbuch beibehalten.

⁹⁷ So auch Petričević, Rechtsfragen zur Intergeschlechtlichkeit (2017) 177 f.

⁹⁸ Lt. telefonischer Auskunft der MA 26 (Datenschutz, Informationsrecht und Personenstand).

⁹⁹ BGH XII ZB 52/15 NJW 2016, 2885.

dritten Geschlechts in das Geburtenregister ermöglicht werden müsse oder auf jeden personenstandsrechtlichen Geschlechtseintrag zu verzichten sei.¹⁰⁰ Eine Bezeichnung für eine dritte Option legte das Gericht nicht fest. Bis Ende 2018 muss der deutsche Gesetzgeber eine diesem Beschluss entsprechende Neuregelung treffen. Bis dahin muss der betroffene § 22 Abs. 3 dPStG auf Personen, die sich weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zuordnen, unangewendet bleiben.

In Österreich wurde ein entsprechendes Verfahren vor dem LVwG OÖ geführt¹⁰¹, aber am 5. Oktober 2016 sowohl bezüglich der Personenstandsbücher als auch bezüglich des Reisepasses unter Hinweis auf die geltende Rechtslage zunächst abschlägig beschieden.¹⁰² Es wurden allerdings bereits sowohl die ordentliche Revision als auch Verfassungsbeschwerde erhoben, sodass derzeit entsprechende Verfahren sowohl vor dem VfGH als auch vor dem VfGH anhängig sind.¹⁰³

5.1.2 Dritte Option, Offenlassen und Aufschieben der Eintragung

Das Geschlecht ist ein wesentlicher Aspekt der eigenen Identität und prägt sowohl das Selbstverständnis einer Person, als auch die Wahrnehmung dieser Person durch andere in der Gesellschaft. Das deutsche BVerfG sah daher den Schutz der geschlechtlichen Identität als Aspekt des allgemeinen Persönlichkeitsrechts an, dem personenstandsrechtliche Vorschriften, die von einem binären Geschlechterverständnis ausgehen, zuwiderlaufen. Würde die personenstandsrechtliche Anerkennung verwehrt, gefährde dies eine selbstbestimmte Entwicklung der Betroffenen.¹⁰⁴

Bei fehlender Möglichkeit eines Eintrags, der ihrer Geschlechtsidentität entspricht, sind intersexuelle Personen gegenüber nicht intersexuellen Personen schlechter gestellt. Diese rechtliche Ungleichbehandlung aufgrund des Geschlechts stellt grundsätzlich eine rechtfertigungsbedürftige Diskriminierung im rechtlichen Sinn dar.¹⁰⁵ Das deutsche BVerfG verneinte die Tragfähigkeit denkbarer Rechtfertigungsgründe, wie etwa finanziellem Mehraufwand der Behörden.¹⁰⁶ Auch die Variante der Möglichkeit des bloßen Weglassens der Angabe sah das deutsche BVerfG nicht als ausreichend an. Aus Sicht der deutschen Verfassungsrichter würde damit das binäre Grundmuster nicht verlassen und es entstünde der unrichtige Eindruck, die Betroffenen empfänden sich selbst als geschlechtslos. Der Schutz der Persönlichkeit verlange die Berücksichtigung der

¹⁰⁰ BVerfG 10.10.2017, 1 BvR 2019/16 Rz. 65.

¹⁰¹ LVwG OÖ 05.10.2016, 750369/5/MZ/MR; 05.10.2016, 750382/2/MZ/MR.

¹⁰² Krit. zur Entscheidung des LVwG OÖ *Petričević*, Rechtsfragen zur Intergeschlechtlichkeit (2017)184 und 268 ff.

¹⁰³ Vgl. mit Einschätzungen von Rechtsexperten zum Verfahren *Kommenda/Özkan*, Bekommt auch Österreich das dritte Geschlecht?, in: Die Presse vom 8.11.2017.

¹⁰⁴ BVerfG 10.10.2017, 1 BvR 2019/16 Rz. 35 ff; aufbauend auf der Argumentation der Entscheidung zu transsexuellen Personen, BVerfG, Beschluss vom 11.1.2011, 1 BvR 3295/07. In diesem Sinne auch der Deutscher Bundestag (Hrsg.), Unterrichtung durch den deutschen Ethikrat. Stellungnahme des Deutschen Ethikrates »Intersexualität« vom 14.2.2012, BTDrucks 17/9088, 43. Eine abweichende Ansicht wird wohl von *Helms*, Brauchen wir ein drittes Geschlecht? (2015), 26 mit dem Argument vertreten, der Auftritt Betroffener in der Öffentlichkeit könnte unabhängig von der Personenstandseintragung gestaltet werden.

¹⁰⁵ Siehe u. a. *Gössl*, Intersexuelle Menschen und ihre personenstandsrechtliche Erfassung, NZFam 2016, 1122 (1123 f.); *Petričević*, Rechtsfragen zur Intergeschlechtlichkeit (2017) 268 ff; Deutscher Bundestag (Hrsg.), Stellungnahme des Deutschen Ethikrates »Intersexualität« vom 14.2.2012, BTDrucks 17/9088, 44.

¹⁰⁶ BVerfG 10.10.2017, 1 BvR 2019/16 Rz. 56 ff; siehe dagegen die Argumentation des LVwG OÖ 5.10.2016, 750369/5/MZ/MR Rz. 3.6. zur Ablehnung der Eintragung eines dritten Geschlechts, wonach die verpflichtende Eintragung des Geschlechts als »männlich« oder »weiblich« zur Sicherstellung der Anwendbarkeit zahlreicher rechtlicher Vorschriften nicht als unsachlich angesehen werden könne.

Geschlechtlichkeit nach dem tatsächlichen Empfinden der Betroffenen, die sich als jenseits von männlich oder weiblich identifizieren könnten.¹⁰⁷

In diesem Sinne forderten Vertreter bzw. Vertreterinnen von Verbänden bereits seit einigen Jahren neben dem »männlichen« und »weiblichen« Geschlecht eine weitere Option, wie etwa »inter« oder »divers«.¹⁰⁸ Dies hatte auch der Deutsche Ethikrat empfohlen: Die Möglichkeit der Eintragung einer dritten Option solle unter anderem zu mehr Akzeptanz in der Gesellschaft beitragen, umfassendere Schutzmechanismen ermöglichen und dazu führen, dass Betroffene nach dem sozialen Empfinden nicht mehr als krank angesehen würden.¹⁰⁹ Auch der Menschenrechtskommissar des Europarates hat in einem Bericht über die Lage intergeschlechtlicher Personen dazu aufgerufen, bei der Ausstellung von Personenstandsunterlagen und Ausweisen die geschlechtliche Selbstbestimmung intergeschlechtlicher Menschen zu respektieren, ihnen insbesondere zu ermöglichen, einen Geschlechtseintrag jenseits von »männlich« oder »weiblich« zu wählen.¹¹⁰ Schließlich hat auch die Parlamentarische Versammlung des Europarates die Mitgliedstaaten dazu aufgerufen, die Ermöglichung einer dritten Geschlechtsoption für jene zu erwägen, die eine solche wünschen.¹¹¹ Eine zusätzliche Eintragungsoption wurde bereits in mehreren Ländern eingeführt (z. B. Frankreich, Australien, Neuseeland, Nepal, Indien und Pakistan).¹¹²

Daneben wird aber immer wieder auch die Forderung laut, auf die Eintragung eines Geschlechts überhaupt zu verzichten.¹¹³ Einen solchen generellen Verzicht auf einen personenstandsrechtlichen Geschlechtseintrag zieht auch das deutsche BVerfG in Erwägung.¹¹⁴

¹⁰⁷ So auch das Deutsche Institut für Menschenrechte, Stellungnahme. Regelungsbedarfe zur Stärkung und zum Schutz der Rechte intergeschlechtlicher Kinder (2017) 9.

¹⁰⁸ Bundesweiter Arbeitskreis TSG-Reform, Forderungspapier zur Reform des Transsexuellenrechts, 1. Juni 2012; so auch die deutsche Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Bericht der unabhängigen Expert_innenkommission der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2015); neben männlich und weiblich zwei weitere Optionen vorschlagend (»weitere Geschlechtsoption« und »keine Angaben«), wobei für alle Kinder bei Geburt zunächst die Kategorie »keine Angabe« einzutragen wäre, *Althoff/Schabram/Follmar-Otto*, in Deutsches Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Gutachten. Geschlechtervielfalt im Recht 51. Zu einer Übersicht der Argumentationen siehe Deutscher Bundestag (Hrsg.), Stellungnahme des Deutschen Ethikrates »Intersexualität« vom 14.2.2012, BT-Drucks 17/9088, 46 f.; Deutsches Institut für Menschenrechte, Stellungnahme. Regelungsbedarfe zur Stärkung und zum Schutz der Rechte intergeschlechtlicher Kinder (2017) 9.

¹⁰⁹ Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Intersexualität. Stellungnahme vom 23.2.2012, 139 ff. m. w. N. auch der Gegenmeinung.

¹¹⁰ Commissioner for Human Rights, in: Council of Europe (Hrsg.), Human Rights and Intersex People (2015) 9 Recommendation 4.

¹¹¹ Parlamentarische Versammlung des Europarats, Resolution 2048 vom 22.4.2015: »Discrimination against transgender people in Europe«, Kapitel 6.2.1.

¹¹² *Gössl*, Intersexuelle Menschen und ihre personenstandsrechtliche Erfassung, NZFam 2016, 1122 (1123) m. w. N.

¹¹³ Vgl. die Nachweise bei Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Intersexualität. Stellungnahme vom 23.2.2012, 139 f.; vgl. auch das a. a. O. 142 referierte Ansinnen, die Eintragung eines frei gewählten Geschlechtsbegriffes zu ermöglichen; vgl. auch *Detbloff*, Stellungnahme, in BMFSFJ (Hrsg.), Geschlecht im Recht (2017) 29 (31); zum »postkategorialen Recht« siehe auch *Baer*, Geschlecht und Recht. Zur Diskussion um die Auflösung der Geschlechtergrenzen, RZ 2014, 5; *Adamietz*, Geschlechtsidentität im deutschen Recht, APuZ 20-21/2012, 15 (21); *Schmidt*, Das Recht »auf Anerkennung der selbstbestimmten geschlechtlichen Identität« gemäß Art. 2 I, 1 I GG im Hinblick auf den geschlechtlichen Personenstand, in Schochow/Gerhmann/Steger (Hrsg.), Inter* und Trans*identitäten (2016) 231 (251); Deutsches Institut für Menschenrechte, Stellungnahme. Regelungsbedarfe zur Stärkung und zum Schutz der Rechte intergeschlechtlicher Kinder (2017) 9 f.; dahingehende Entwicklungen jedenfalls nicht ausschließend *Kommenda/Özkan*, Bekommt auch Österreich das dritte Geschlecht?, Die Presse vom 8.11.2017. Zur Perspektive eines »geschlechtsneutralen Rechts« siehe auch *Helms*, *Brauchen wir ein drittes Geschlecht?* (2015) 23 f..

¹¹⁴ BVerfG 10.10.2017, 1 BvR 2019/16 Rz. 65.

Gerade in Personenstandssachen dient der Geschlechtseintrag der Identifizierbarkeit einer Person und hat keine prinzipiell belastendere Wirkung als etwa die Angabe von Geburtsdatum und Geburtsort, ganz zu schweigen von biometrischen Angaben. Ein genereller Verzicht auf einen personenstandsrechtlichen Geschlechtseintrag begegnet daher Bedenken. Er müsste zudem konsequenterweise die Eliminierung des Geschlechts als Tatbestandsmerkmal aus der gesamten Rechtsordnung nach sich ziehen. Wenngleich bei jeder einzelnen Rechtsvorschrift ohnehin stets kritisch zu hinterfragen ist, ob ein Abstellen auf das Geschlecht einer Person sinnvoll und erforderlich ist, erscheint eine generelle Aufgabe des Geschlechts als eigene Kategorie derzeit als eine extrem einschneidende Maßnahme, die wenigstens kurz- und mittelfristig zu einer Polarisierung der Gesellschaft führen und damit dem Wohl der eigentlich betroffenen Personen im Ergebnis abträglich sein dürfte.

Viel näher läge daher auch im österreichischen Recht die Einführung einer dritten Option. Dabei stellt sich allerdings die Frage, ob diese als »drittes Geschlecht« auszugestalten und mit einer Bezeichnung wie »inter« oder »divers« zu belegen ist, oder ob vielmehr gerade die Offenheit und Flexibilität der Zuordnung betont und daher die dritte Option etwa mit »offen« oder »X« umschrieben werden sollte. Letzteres hätte den Vorteil, dass damit weder ein »Zwangsoouting« verbunden wäre noch den betroffenen Personen erneut eine letztlich von nicht betroffenen Dritten definierte Geschlechtsidentität aufoktroiert würde. Das spricht dafür, die dritte Option nicht als klar definiertes eigenes Geschlecht auszugestalten, sondern als möglichst offene Alternative neben dem binären Mann/Frau-Modell.

Zusätzlich zur dritten Wahlmöglichkeit »offen« sollte aber die – wie zuvor angedeutet auch in Österreich nach § 40 Abs. 1 PStG bereits *de lege lata* denkbare aber praktisch kaum zugebilligte – Möglichkeit geschaffen werden, zunächst keine der drei Optionen (»männlich«, »weiblich« oder »offen«) zu wählen und die Entscheidung aufzuschieben. Auch das wurde im Urteil des deutschen BVerfG betont.¹¹⁵ Die zusätzliche Möglichkeit des Aufschiebens jedes Geschlechtseintrags würde es den Betroffenen erlauben, ihre eigene geschlechtliche Identität zu finden und zu erkennen, bevor der Eintrag vorgenommen wird. Außerdem würde verhindert werden, dass Betroffene die Entscheidung für eine der drei Optionen übereilt eingehen und so in eine ihrer Identität und ihrem Selbstempfinden nicht entsprechende Rolle gezwungen werden. Andererseits erscheint es im Hinblick auf die Rechtssicherheit und den Schutz Dritter erforderlich, diesen »Schwebezustand« nicht länger als zur Wahrung der Interessen der betroffenen Personen erforderlich aufrechtzuerhalten. Die betroffene Person müsste sich daher binnen angemessener Frist nach Beendigung des 18. Lebensjahres für eine der drei Optionen entscheiden.

5.2 Geschlechtszuordnende Maßnahmen¹¹⁶

Geschlechtsvereindeutigende und geschlechtszuordnende Operationen stellen einen besonders intensiven Eingriff in die Rechtssphäre der Betroffenen dar. Derartige Maßnahmen können – infolge atypischer physischer und psychologischer Entwicklungen in der Pubertät noch verstärkt

¹¹⁵ BVerfG 10.10.2017, 1 BvR 2019/16 Rz. 43, 65. So auch *Althoff/Schabram/Follmar-Otto*, in Deutsches Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Gutachten. Geschlechtervielfalt im Recht 45 ff.

¹¹⁶ Rechtsvergleichend Europäische Grundrechteagentur, The fundamental rights-situation of intersex people 5 f.

– zu lebenslanger Traumatisierung führen, weshalb der gesetzgeberische Umgang mit diesen Problembereichen besondere Sensibilität erfordert.¹¹⁷

5.2.1 Zulässigkeit geschlechtszuordnender Eingriffe

Medizinische Eingriffe mit geschlechtszuordnender Absicht werden prinzipiell als Heilbehandlungen eingestuft. Eine solche Einordnung ist notwendig, um die Anwendung der strafrechtlichen Körperverletzungsdelikte auf diese medizinischen Eingriffe zu verhindern. Wird der Bereich der Heilbehandlung verlassen – insbesondere mangels medizinischer Indikation – wäre für einen Ausschluss der Rechtswidrigkeit des Eingriffs die Einwilligung der betroffenen Person gem. § 90 StGB (Rechtfertigung einer Körperverletzung) nötig. Eine solche kann aber nach § 90 Abs. 3 StGB hinsichtlich einer Verletzung der Genitalien, die geeignet ist, eine nachhaltige Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens herbeizuführen, nicht gültig vorgenommen werden.

Während in der Vergangenheit Eingriffe im Kindesalter in Fachkreisen weitgehend befürwortet wurden, steht aus heutiger Sicht die frühestmögliche Zuordnung zu einem eindeutigen Geschlecht durch geschlechtsvereindeutigende oder -zuordnende Eingriffe nicht mehr im Vordergrund. Einer möglichst frühen Festlegung der Geschlechterrolle und damit der möglichen Entwicklung einer stabilen Geschlechtsidentität steht die ungewisse voraussichtliche Entwicklung der geschlechtlichen Identität der betroffenen Person gegenüber. Je gravierender und je irreversibler die Eingriffe sind und je mehr mit der Behandlung zugewartet werden kann, umso eher sollte die Behandlung bis zur Erreichung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit der betroffenen Person aufgeschoben werden.¹¹⁸ Geschlechtszuordnende Maßnahmen im Neugeborenen- oder Kindesalter sind daher nach heutigem Stand möglichst zu unterlassen.¹¹⁹

Sie können ausnahmsweise dann gerechtfertigt sein, wenn sie zur Behebung schwerer Funktionsstörungen (Beispiel: urogenitale Missbildung führt zu Schwierigkeiten beim Wasserlassen) oder zur Abwendung schwerer gesundheitlicher Schäden oder gar zur Lebensrettung erforderlich sind und die obsorgeberechtigte Person eingewilligt hat, wobei deren Einwilligung gegebenenfalls vom Gericht zu ersetzen ist. Auch in diesen Fällen ist jedoch immer, wenn möglich, reversiblen Eingriffen der Vorzug vor irreversiblen Eingriffen zu geben.¹²⁰

Wird der Eingriff hingegen vorwiegend unter sozialen Gesichtspunkten, wie insbesondere der Vermeidung von Problemen bei der gesellschaftlichen Akzeptanz, vorgenommen, kann er nicht mehr dem Bereich der Heilbehandlung zugeschrieben werden.¹²¹ Bloße Angst der Familien vor Stigmatisierung stellt keine hinreichende medizinische Indikation für einen Eingriff im Neugeborenen- oder Kindesalter dar, jedoch vermag die fundierte Prognose depressiver Störungen des Kindes und anderer seelischer Beeinträchtigungen mit Krankheitswert nach allgemeinen Grundsätzen eine medizinische Indikation zu begründen. Ein irreversibler

¹¹⁷ Insbesondere, weil die Behandlungsunzufriedenheit von Intersexuellen nach derartigen Eingriffen in der sogenannten »Hamburger Studie« als »eklatant hoch« eingestuft wurde: Zeitschrift für Sexualforschung 2007, 129 ff.

¹¹⁸ Schütz in Höpfel/Ratz, WK StGB2 § 90 Rz. 151; ausführlich Petričević, Rechtsfragen zur Intergeschlechtlichkeit (2017) 114 ff; Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Intersexualität. Stellungnahme vom 23.2.2012 (2012) 145 ff; BT-Drucks. 18/12783 (Antrag) vom 10.6.2017; Deutsches Institut für Menschenrechte, Stellungnahme. Regelungsbedarfe zur Stärkung und zum Schutz der Rechte intergeschlechtlicher Kinder (2017) 4 ff.

¹¹⁹ Siehe zur Selbstbestimmung der Betroffenen Matt, Überlegungen zur medizinischen Normalisierung intersexueller Kinder, *juridikum* 2006, 144; ausführlich Petričević, Rechtsfragen zur Intergeschlechtlichkeit (2017) 114 ff.

¹²⁰ So auch die deutsche Bundesärztekammer, Stellungnahme »Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)« (2015) 3; Intersex Society of North America, Recommendations for Treatment.

¹²¹ Schütz in Höpfel/Ratz, WK StGB2 § 90 Rz. 151.

geschlechtsbestimmender Eingriff, der mit körperlichen und seelischen Schäden wie Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit, der sexuellen Empfindungsfähigkeit, chronischen Schmerzen oder mit traumatisierenden Auswirkungen für das Kind verbunden ist, kann etwa nicht dadurch gerechtfertigt werden, dass das soziale Umfeld wie Familie oder Schule Schwierigkeiten hat, das Kind in seinem natürlich gegebenen Körper anzunehmen. Überdies können Eingriffe nicht garantieren, dass der erwünschte Effekt der Integration erreicht wird.

In diesem Zusammenhang gibt das UN-Komitee gegen Folter (CAT) die Empfehlung an Österreich, die Achtung der körperlichen Integrität und die Autonomie intergeschlechtlicher Personen zu gewährleisten, unparteiische Beratungsleistungen für intergeschlechtliche Kinder und ihre Eltern zu garantieren, um sie über die Folgen von unnötigen und nicht dringenden Operationen zu informieren, die volle, freie und informierte Zustimmung im Zusammenhang mit medizinischen und chirurgischen Behandlungen zu garantieren, sowie bei ohne Einwilligung erfolgten Eingriffen sicherzustellen, dass die betroffenen Personen angemessen entschädigt werden.¹²²

5.2.2 Einwilligung Minderjähriger

Die Anforderungen an die Einwilligung Minderjähriger in Heilbehandlungen und damit auch in geschlechtszuordnende Maßnahmen sind zivilrechtlich in § 173 ABGB geregelt.¹²³ Einsichts- und urteilsfähige (bzw. nach neuer Terminologie ab 1. 7. 2018: entscheidungsfähige¹²⁴) Kinder können eine solche Einwilligung nur selbst erteilen.¹²⁵ Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit wird im Zweifel bei Minderjährigen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, vermutet;¹²⁶ sie unterliegt primär der Beurteilung des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin.¹²⁷ Es kommt dabei darauf an, ob der minderjährige Patient bzw. die minderjährige Patientin hinsichtlich der Diagnose, der therapeutischen Möglichkeiten und deren Alternativen sowie der Chancen und Risiken der Behandlung den Wert der von der Entscheidung betroffenen Güter und Interessen erfassen und sein/ihr Verhalten danach ausrichten kann.¹²⁸

Von Einsichts- und Urteilsfähigkeit wird ausgegangen, wenn das Kind den Sinn und die Folgen einer bestimmten Handlung erkennt und zudem in der Lage ist, fremden Willensbeeinflussungen in entsprechendem Maß Stand zu halten. Man geht heute davon aus, dass zwischen 10 und 14 Jahren die Urteilsfähigkeit graduell anwächst und das Kind damit zunehmend in Entscheidungen einbezogen werden muss. Um eine unbillige/inadäquate Beeinflussung durch Dritte möglichst auszuschließen und sicherzustellen, dass die geäußerten Wünsche authentisch sind und das Kind durch die Entscheidung nicht überfordert ist, sollte der Entscheidungsprozess von fachlicher, unabhängiger Seite psychosozial begleitet werden¹²⁹.

¹²² UN Committee against Torture, Concluding observations on the sixth periodic report of Austria (2015), CAT/C/AUT/CO/6.

¹²³ Eine Übersicht bietet *Barth*, Medizinische Behandlung Minderjähriger, RdM 2005, 4.

¹²⁴ Vgl. §§ 24 Abs. 2, 173 ABGB idF 2. Erwachsenenschutz-Gesetz (2. ErwSchG), BGBl. I 2017/59; ErläutRV1461 BlgNR XXV. GP 5.

¹²⁵ Das Gesetz knüpft hier nicht explizit an das Erreichen eines bestimmten Alters an: *Hopf* in Koziol/P. Bydlinksi/Bollenberger (Hrsg.), Kurzkomentar zum ABGB5 (2017) § 173 Rz. 1.

¹²⁶ § 173 Abs. 1 ABGB.

¹²⁷ ErläutRV 296 BlgNR 21. GP 29.

¹²⁸ *Hopf* in KBB5 § 173 Rz. 3.

¹²⁹ So beispielsweise in der Stellungnahme der deutschen Bundesärztekammer, »Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung 5; Intersex Society of North America, Recommendations for Treatment.

Bei uneindeutiger Ausprägung des gonadalen, anatomischen und/oder hormonellen Geschlechts sollte stets die einwilligungsfähige betroffene Person selbst entscheiden, ob eine geschlechtszuordnende Maßnahme gewünscht ist. Da die Behandlung potenziell mit einer nachhaltigen Beeinträchtigung der Persönlichkeit verbunden ist, muss bei Betroffenen vor Vollendung des 18. Lebensjahrs auch die obsorgeberechtigte Person einwilligen (§ 173 Abs. 2 ABGB).

Bei nicht einsichts- und urteilsfähigen Minderjährigen kann – unter Voraussetzung der medizinischen Indikation des in Aussicht genommenen Eingriffs – die Zustimmung nach § 173 Abs. 1 S. 2 ABGB durch die mit der gesetzlichen Vertretung in Pflege- und Erziehungsangelegenheiten betraute Person erteilt werden. Sind beide Elternteile mit der Obsorge betraut, genügt nach § 167 Abs. 1 die Zustimmung eines Elternteiles. Eine pflegschaftsgerichtliche Genehmigung ist *de lege lata nicht erforderlich*¹³⁰. Selbstverständlich hat sich dabei die Entscheidung der obsorgeberechtigten Person am Kindeswohl zu orientieren. Allerdings können allfällige Gefahren für das Kindeswohl, die mit einer solchen Entscheidungsbefugnis einhergehen, derzeit nur über § 181 ABGB (Entziehungen und Einschränkungen der Obsorge) aufgegriffen werden.

Die Bestimmung des § 163 ABGB, wonach weder ein minderjähriges Kind noch die Eltern in medizinische Maßnahmen einwilligen können, die eine dauernde Fortpflanzungsunfähigkeit zum Ziel haben, ist hier nicht einschlägig. Bereits dem Wortlaut nach betrifft diese Regelung nur medizinische Maßnahmen, durch die gezielt Fortpflanzungsunfähigkeit erwirkt werden soll, wie etwa Kastrationen und Sterilisationen.¹³¹

5.2.3 Entschädigung für ungerechtfertigt vorgenommene Maßnahmen

In der Vergangenheit wurde beim Versuch, eine Normalisierung des Geschlechts durch Operationen herbeizuführen, betroffenen Personen viel physisches und psychisches Leid zugefügt. Ein im Neugeborenen- oder Kindesalter vorgenommener medizinischer Eingriff, der nicht durch die oben genannten Gründe gerechtfertigt ist, ist als rechtswidrige Körperverletzung zu qualifizieren¹³² und verpflichtet – bei entsprechendem Verschulden – ärztliches Personal sowie ggf. auch die Eltern zum Schadenersatz.

So wurde in einem Urteil des OLG Köln¹³³ einer intersexuellen Person aufgrund eines Eingriffs, bei dem ihre (verkümmerten) weiblichen Geschlechtsorgane entfernt wurden, Schadenersatz zugesprochen. Es hatte sich erst während der Operation gezeigt, dass entgegen der vorherigen Erwartungen mehr an weiblichen Geschlechtsorganen vorhanden war, dagegen wider Erwarten keine Anzeichen für männliche Geschlechtsorgane vorgefunden wurden. Über die Art des Eingriffes wurde sie (u. a. wegen Suizidgefahr) nicht ausreichend informiert. Das erkennende LG sprach der Klägerin Schadenersatz zu, die Berufung des beklagten Chirurgen wurde vom OLG zurückgewiesen. Auch der kolumbianische Verfassungsgerichtshof hat bereits mehrmals aufgrund der Vornahme geschlechtsumwandelnder bzw. geschlechtszuordnender Behandlungen die Verletzung von Grundrechten festgestellt.¹³⁴

¹³⁰ Hopf in KBB5 § 173 Rz. 5.

¹³¹ Fischer-Czermak in Kletečka/Schauer, ABGB-ON1.03 § 163 Rz. 2.

¹³² Fischer-Czermak, Zur Handlungsfähigkeit Minderjähriger nach dem Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001, ÖJZ 2002, 293 (300).

¹³³ OLG Köln 5 U 51/08 NJW-RR 2009, 960.

¹³⁴ Corte Constitucional de Colombia T-477/95: Verletzung der Menschenwürde und der Genderidentität wegen geschlechtsumwandelnder Behandlung eines Kindes; SU-337/99: Keine Zuordnung eines Geschlechtes bei einem 8-jährigen Kind, weil bei einem solchen bereits eine Geschlechteridentität entwickelt sei; T-551/99: Einwilligung der Eltern bei einem fünfjährigen Kind noch möglich, wenn diese eine hinreichend informierte Entscheidung treffen.

In Österreich fehlt es – soweit ersichtlich – bisher an einschlägiger Rechtsprechung durch die Höchstgerichte. Dies kann allerdings nicht zuletzt darauf zurückzuführen sein, dass sich die negativen Auswirkungen üblicherweise erst Jahre oder Jahrzehnte nach der Vornahme des rechtswidrigen Eingriffs zeigen. Einerseits besteht dabei für Betroffene die Gefahr der Verjährung ihrer Ansprüche, andererseits scheint auch die individuelle Rechtsverfolgung erschwert, weil die damals behandelnden Ärzte und Ärztinnen entweder bereits verstorben oder nicht mehr auffindbar sein können. Darüber hinaus wird auch bei länger zurückliegenden Eingriffen die Rechtswidrigkeit oft nicht gegeben sein, weil nach damaligem Stand der medizinischen Erkenntnisse der (heute) rechtswidrige Eingriff *lege artis zu befürworten war*.¹³⁵ Schließlich stellt auch die Geltendmachung von Ansprüchen gegen gesetzliche Vertreter bzw. gesetzliche Vertreterinnen für viele Betroffene keinen gangbaren Weg dar, weil diese oft zur Wahrung des Familienfriedens von der Anstrengung einer Klage gegen ihre nahen Angehörigen Abstand nehmen werden.¹³⁶

Es stellt sich daher die Frage, ob solche Ansprüche in Zukunft von dritter Seite getragen werden sollten. So könnte für diese Fälle etwa ein Entschädigungsfonds eingerichtet werden, mit dem die Ansprüche der Betroffenen ohne große rechtliche oder administrative Hürden gedeckt werden könnten. Eine solche Entschädigung wird auch vom UN-CAT empfohlen.¹³⁷

5.2.4 Beratung und Begleitung von betroffenen Familien

Die Geburt eines Kindes mit nicht eindeutig zuordenbarem Geschlecht erzeugt in der Regel zunächst Verunsicherungen sowohl bei den Eltern als auch bei den beteiligten Fachpersonen. Die Erwartung, ein Kind sei entweder ein Bub oder ein Mädchen, wird durch die Geschlechtsvariante in Frage gestellt, ohne dass das nicht urteilsfähige Kind selbst dazu Stellung nehmen kann. Diese meist auch emotional schwierige Situation verlangt fachliche Beratung und Begleitung der Eltern, damit eine normale emotionale Bindung zwischen Eltern und Kind entstehen kann. Ziel der Beratung ist es daher zunächst, die Eltern in die Lage zu versetzen, die nötigen Entscheidungen stellvertretend für das Kind überlegt und in Ruhe zu treffen. Zeitlicher und vor allem sozialer Druck soll hierbei vermieden werden.

Dabei hilft in der Praxis die möglichst frühzeitige Zuweisung der Eltern und ihres Kindes an ein entsprechendes Kompetenzzentrum, in dem ein interdisziplinäres Team mit der erforderlichen medizinischen, psychologischen, pädagogischen, rechtlichen, sozialen und auch ethischen Fachkompetenz die weitere Beratung und Betreuung der Eltern und des Kindes übernimmt.¹³⁸

Für die Beratung und Begleitung ist zunächst die möglichst genaue medizinische und heute auch meist genetisch abgestützte Diagnose notwendig, um potentiell auftretende gesundheitliche Risiken und Probleme frühzeitig zu erfassen. Daneben ist eine verständliche und grundsätzlich »ergebnisoffene« Aufklärung über therapeutische Möglichkeiten und Risiken, die auf evidenzbasierter Information und entsprechenden Richtlinien aufbaut, von maßgeblicher Bedeutung. Ebenso sind Informationen über rechtliche Fragen und zu den Herausforderungen bezüglich

¹³⁵ Zum diesbezüglichen Wandel der Einstellung und der heutigen Tendenz, früh vorgenommene geschlechtszuordnende Operationen zunehmend kritisch zu beurteilen Deutscher Ethikrat (Hrsg.), *Intersexualität. Stellungnahme vom 23.2.2012*, 61 ff.

¹³⁶ Zur Problematik der Geltendmachung von Haftungsansprüchen in diesem Zusammenhang siehe auch *Petričević, Rechtsfragen zur Intergeschlechtlichkeit* (2017) 157 ff.

¹³⁷ UN Committee Against Torture, *Concluding observations on the sixth periodic report of Austria, CAT/C/AUT/CO/6*.

¹³⁸ Vgl. beispielsweise die Stellungnahme der deutschen Bundesärztekammer, »Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung 6 ff.

der Entwicklung des Kindes in der Pubertät und im Erwachsenenalter und zum sozialen Umfeld und Erziehungsfragen, inklusive der Information über Selbsthilfegruppen und ergänzende Unterstützungsangebote, notwendig. Im Bedarfsfall hat auch eine Aufklärung über Risiken für weitere Schwangerschaften der Eltern zu erfolgen.

Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass Informationen bezüglich geschlechtsbestimmender Operationen richtig verstanden und operative Eingriffe soweit als möglich vermieden werden, da sie weder Einfluss darauf haben, zu welchem Geschlecht sich der betroffene Mensch später zugehörig fühlt, noch seine sexuelle Orientierung festlegen. Ein operativer Eingriff greift in einen hochsensiblen Bereich des Kindes ein, der dessen Persönlichkeitskern betrifft. Die Eingriffe haben nachhaltige Auswirkungen auf die Identitätsbildung, die Fortpflanzungsfähigkeit, das sexuelle Erleben sowie die Beziehung zwischen Eltern und Kind. Eine eventuelle Behandlung ist sorgfältig zu begründen, zumal das operative Ergebnis meist nicht mit einem natürlich männlichen oder weiblichen Geschlecht zu vergleichen ist. Die Entscheidungen sollten aus dem Blickwinkel erfolgen, dass sie später gegenüber dem Kind bzw. dem jungen Erwachsenen offen vertreten werden können.¹³⁹

In Konfliktfällen sollte das interdisziplinäre Beraterteam zusammen mit den Eltern und – wenn möglich – unter Einbeziehung des Kindes eine individuelle Gewichtung vornehmen. Sobald das Kind Urteilsfähigkeit erlangt, muss es selbst in eine medizinische Behandlung einwilligen.¹⁴⁰

¹³⁹ Siehe beispielsweise die Stellungnahme der deutschen Bundesärztekammer »Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)«; Intersex Society of North America, Recommendations for Treatment.

¹⁴⁰ Vgl. bereits oben 5.2.2.

6 Erwägungen zur Transidentität

6.1 Medizinisch durchgeführte Geschlechtsumwandlung

6.1.1 Rechtliche Voraussetzungen

Transidente Personen gehören zwar körperlich eindeutig einem Geschlecht an, fühlen sich aber dem Gegengeschlecht zugehörig. Medizinische Eingriffe zur Annäherung an das jeweils andere Geschlecht basieren daher in der Regel auf rein psychischen Gründen. Gem. § 90 Abs. 3 StGB kann in genitalverletzende Eingriffe, die geeignet sind, eine nachhaltige Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens herbeizuführen, grundsätzlich nicht rechtswirksam eingewilligt werden, sodass eine rechtswidrige Körperverletzung vorliegt. Diese Eingriffe sind daher nur zulässig, wenn sie aufgrund medizinischer Indikation als Heilbehandlung zu qualifizieren sind und damit keine Körperverletzung im strafrechtlichen Sinn darstellen.¹⁴¹ Eine medizinische Indikationsstellung erfordert nach den vom BMGF publizierten »Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung«¹⁴² eine vorangegangene urologisch-gynäkologische Abklärung, ein Risikoscreening und gegebenenfalls eine zytogenetische Untersuchung.¹⁴³ Darüber hinaus wird in diesen Empfehlungen vor einer Hormontherapie oder auch vor weitergehenden, chirurgischen Eingriffen eine klinisch-psychologische oder eine psychotherapeutische Stellungnahme verlangt.

Die schweren Auswirkungen eines solchen Eingriffs auf die physische und psychische Integrität der Betroffenen legen besonders hohe Anforderungen an Einwilligungsfähigkeit und Aufklärung nahe. Zum Schutz vor Übereilung bedarf es daher einer intensiven und fachlich fundierten Beratung sowie psychologischer Betreuung von Personen mit einem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung. Dies beinhaltet eine sachverständige Begutachtung der Ernsthaftigkeit dieses Wunsches und eine Aufklärung über die Irreversibilität eines solchen Eingriffs.

Derartige Betreuungs- und Aufklärungserfordernisse dienen somit dem Schutz der Betroffenen, nicht deren Bevormundung. In diesem Sinne hat sich auch die bisher praktizierte Zweistufigkeit der Behandlung, die zwischen einer hormonellen Behandlung und einem operativen Eingriff eine Bewährungsprobe im Alltag vorsieht, als sinnvoll erwiesen. Allerdings scheint es überprüfungswürdig, ob tatsächlich – wie in einer Mitteilung der Österreichischen Ärztekammer an das Bundesministerium für Gesundheit¹⁴⁴ kritisiert wird – eine Einholung von fünf verschiedenen Stellungnahmen notwendig ist.¹⁴⁵

Voraussetzung einer Geschlechtsumwandlung ist der selbstbestimmte und unverrückbare Wunsch nach einer solchen, der mit hinreichender Verlässlichkeit erst nach Abschluss der psychosexuellen Reifung festgestellt werden kann.¹⁴⁶ Eine Geschlechtsumwandlung bei minderjähri-

¹⁴¹ Schütz in Höpfel/Ratz, WK StGB2 § 90 Rz. 155.

¹⁴² BMGF, Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung, Stand: 20.06.2017.

¹⁴³ Zu weit geht allerdings die Notwendigkeit eines Nachweises der Gebärfähigkeit, um die behördliche Zustimmung für eine Geschlechtsumwandlung zu erhalten. Eine solche gesetzliche Anforderung verstößt gegen Art. 8 EMRK: EGMR 10.03.2015, 14793/08, Y.Y./Turkey.

¹⁴⁴ Mitteilung der Österreichischen Ärztekammer an das Bundesministerium für Gesundheit vom 18.5.2016 betreffend die Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus.

¹⁴⁵ Insbesondere weil die genannte Mitteilung davon spricht, dass der Umfang des diagnostischen Prozesses von den Betroffenen als Zumutung empfunden wird; vgl. auch die Homepage des Vereins für Transgender Personen unter <http://www.transx.at/Pub/Medizinisches.php>: »zermürbender Spießrutenlauf«; vgl. Adamietz/Bager in BMFSFJ, *Regelungs- und Reformbedarf für transgeschlechtliche Menschen* 238.

¹⁴⁶ Schütz in Höpfel/Ratz, WK StGB2 § 90 Rz. 159.

gen Personen vor Erreichen der Einwilligungsfähigkeit, die mit Vollendung des 14. Lebensjahrs vermutet wird, ist damit auch auf den gemeinsamen Wunsch des/der Minderjährigen und der obsorgeberechtigten Person hin nicht möglich.¹⁴⁷ Hier können reversible Maßnahmen wie die Pubertätsunterdrückung mittels Hormon-Antagonisten ab etwa dem 12. Lebensjahr hilfreich sein.¹⁴⁸ Aber auch nach Vollendung des 14., aber vor Vollendung des 18. Lebensjahrs wird einem Wunsch nach irreversiblen Maßnahmen der Geschlechtsumwandlung nur in ganz seltenen Ausnahmefällen nachgegeben werden können. Sofern medizinisch vergleichbare Behandlungsergebnisse auch zu einem späteren Zeitpunkt erzielt werden können, ist bis zum Erreichen der Volljährigkeit jedenfalls reversiblen Maßnahmen der Vorzug zu geben.¹⁴⁹ Inwieweit mit solchen weniger schwerwiegenden Behandlungsschritten den Wünschen dieser Personengruppe hinreichend nachgekommen werden kann, sollte im Zuge entsprechender Studien untersucht werden.

6.1.2 Kostenersatz durch die Sozialversicherung

Im sozialversicherungsrechtlichen Sinn gilt Transidentität als Krankheit.¹⁵⁰ Das Krankheitsbild ist erfüllt, »wenn die innere Spannung zwischen dem körperlichen Geschlecht und der seelischen Identifizierung mit dem anderen Geschlecht eine derartige Ausprägung erfahren hat, dass nur durch die Beseitigung dieser Spannung schwere Symptome psychischer Krankheiten behoben oder gelindert werden.«¹⁵¹ Eine Verpflichtung, die medizinische Notwendigkeit einer geschlechtsumwandelnden Behandlung zu beweisen, um eine Erstattung der Kosten durch eine private Krankenversicherung zu erhalten, verstößt nach der Judikatur des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte gegen das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens nach Art. 8 EMRK.¹⁵²

Voraussetzung für den Ersatz der im Zuge einer genitalverändernden Umwandlungsoperation angefallenen psychotherapeutischen Behandlungskosten ist, dass diese Krankenbehandlung entweder durch einen Arzt bzw. eine Ärztin im Rahmen seiner bzw. ihrer Berufsberechtigung, oder durch einen fachlich hierzu befähigten Psychotherapeuten bzw. eine Psychotherapeutin im Verantwortungsbereich eines Arztes bzw. einer Ärztin als Teil eines ärztlichen Behandlungsplanes oder schließlich durch einen sonst in Ausbildung stehenden Arzt bzw. Ärztin im Rahmen des § 2 Abs. 3 ÄrzteG ebenfalls unter Anleitung und Aufsicht eines ausbildenden Arztes bzw. einer ausbildenden Ärztin ausgeübt wird.¹⁵³ Auch die für die Änderung der Eintragung im Geburtenbuch erforderlichen Maßnahmen zur Annäherung des äußeren Erscheinungsbildes an das neue Geschlecht sind Teil der Behandlung: So wurden in einem Fall des Mann-zur-Frau-

¹⁴⁷ Nach *Schütz* in Höpfel/Ratz, WK StGB2 § 90 Rz. 159 ist die vertretungsweise Einwilligung in operative geschlechtsanpassende Eingriffe praktisch nicht möglich und deren Vornahme somit gerichtlich (!) strafbar.

¹⁴⁸ Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (Hrsg.), Positionspapier: Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen der Geschlechtsidentität (Geschlechtsdysphorie, »Transgender«), (2014); für eine restriktive Herangehensweise bei der Einleitung gegengeschlechtlicher Hormontherapien bei Minderjährigen spricht sich auch der Verfassungsgerichtshof des Freistaates Sachsen in seinem Beschluss vom 28. Juli 2017, Vf. 99-IV-17 (HS) aus, der eine vorläufige Sorgerechtsentziehung im Bereich der Gesundheitsvorsorge aufgrund einer möglichen Kindeswohlgefährdung durch Beginn einer geschlechtlichen Hormontherapie für verhältnismäßig hält; *Hembree et al.*, Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2017, 102(11):1–35.

¹⁴⁹ Siehe zu Möglichkeiten, etwaigen Autonomiedefiziten bei der Ausübung des Selbstbestimmungsrechts zu begegnen, zum deutschen Recht *Siedenbiedel*, Selbstbestimmung über das eigene Geschlecht, Rechtliche Aspekte des Behandlungswunsches transsexueller Minderjähriger (2016) 229 ff.

¹⁵⁰ OGH 10 Obs 2303/96s SZ 69/209 = DRdA 1997/29 (zust. *Mazal*); vgl. OGH 21.12.1995, 3 Ob 570/95: Berücksichtigung des Mehraufwands, der durch eine erfolgversprechende, zur Linderung der Symptome geeigneten psychotherapeutischen Behandlung entsteht, bei der Ermittlung der Unterhaltsbemessungsgrundlage.

¹⁵¹ (Deutsches) BSG 3 RK 15/86 BSGE 62, 83 = NJW 1988, 1550.

¹⁵² EGMR 12.6.2003, 35968/97, *Van Kück/Germany*; 08.01.2009, 29002/06, *Schlumpf/Switzerland*.

¹⁵³ OGH 10 Obs 2303/96s SZ 69/209 = DRdA 1997/29 (zust. *Mazal*).

Transsexualismus die Entfernung der Barthaare und die Anschaffung einer Perücke bzw. die Vornahme einer Eigenhaartransplantation dann, wenn ohne diese Maßnahmen ein weibliches Erscheinungsbild nicht erreicht werden konnte, als medizinisch indizierte kosmetische Operationen bewertet und die Kosten dafür als abzugsfähige Krankheitskosten im Sinne des § 34 Abs. 1 EStG angesehen.¹⁵⁴

Während Kosten für durch einen Arzt bzw. eine Ärztin erbrachte Krankenbehandlungen in aller Regel vollständig von den Sozialversicherungsträgern ersetzt werden, sehen die Krankenordnungen für Kosten psychotherapeutischer Behandlung lediglich Zuschüsse vor.¹⁵⁵ Kosten für zusätzliche Unterstützung therapeutischer Art, die durch nicht im Verantwortungsbereich eines Arztes bzw. einer Ärztin tätig gewordene nichtärztliche Personen erbracht wurden, können nicht als ärztliche Hilfen im Sinne des § 135 Abs. 1 ASVG qualifiziert werden und sind daher überhaupt nicht ersatzfähig.¹⁵⁶ Dabei scheint gerade bei intersexuellen und transidenten Personen eine Berücksichtigung der erhöhten Indikation zur psychotherapeutischen Behandlung angezeigt.¹⁵⁷ Problematisch ist dabei, dass die Psychotherapie als Behandlungsschritt, der nach den Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus zwingend vorgeschrieben wird, damit nicht vollständig von den Leistungen der Krankenkassen abgedeckt wird.¹⁵⁸ Freilich ist es – wie von einer in jüngerer Zeit im Nationalrat eingebrachten Petition¹⁵⁹ gefordert – überhaupt wünschenswert, dass psychotherapeutische Leistungen nicht nur intersexuellen und transidenten Personen, sondern generell allen Personen, bei denen eine entsprechende medizinische Indikation eine solche Behandlung erfordert, auf Kosten der Sozialversicherungsträger zur Verfügung gestellt werden.

6.2 Änderung des rechtlichen Geschlechts

6.2.1 Personenstandsrechtliche Voraussetzungen

Nach § 41 Abs. 1 PStG hat die Personenstandsbehörde eine Eintragung zu ändern, wenn sie nach der Eintragung unrichtig geworden ist bzw. nach § 42 Abs. 1 PStG zu berichtigen, wenn sie bereits zur Zeit der Eintragung unrichtig war. Die Rechtsprechung¹⁶⁰ hat für eine (partei-autonome) Änderung des Geschlechts zunächst folgende Voraussetzungen aufgestellt:

¹⁵⁴ UFS Wien 19.4.2010, RV/2160-W/06 Findok 46698.

¹⁵⁵ Vgl. etwa § 17 Abs. 1 Krankenordnung WGKK 2016 iVm Anhang 6 Satzung WGKK 2016; § 16 Krankenordnung BVA 2008 iVm Anhang 1 Satzung BVA 2011 u. a.

¹⁵⁶ OGH 23.06.1998, 10 Obs 195/98v.

¹⁵⁷ *Richter-Appelt*, Intersexualität – Leben zwischen den Geschlechtern: Erfahrungen aus dem Hamburger Forschungsprojekt (2010) 14; abrufbar unter http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/fb_2010-06-23_richter-appelt_referat.pdf

¹⁵⁸ Lt. Mitteilung der Österreichischen Ärztekammer an das Bundesministerium für Gesundheit vom 18.5.2016, 3.

¹⁵⁹ »Petition Psychotherapie für alle auf Krankenschein – jetzt!« vom 26.09.2016, 89/PET XXV.GP (der Gesundheitsausschuss ist mit dieser Petition befasst, 1463 BlgNR XXV. GP. 9).

¹⁶⁰ VwGH 95/01/0061 VwSlg. 14.748A u. a.; zu den diesbezüglichen rechtlichen Herausforderungen siehe auch schon *Holzleitner*, Geschlecht als Anerkennungsverhältnis, *juridikum* 2002, 107.

- Die Person lebt unter der »zwanghaften« Vorstellung, einem anderen Geschlecht zugehörig zu sein;
- sie hat sich *geschlechtskorrigierenden Maßnahmen* unterzogen, die zu einer deutlichen Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts geführt haben;
- es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen, dass sich am Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nichts mehr ändern wird.

Der EGMR hat es in einer Entscheidung von 2007 betreffend die zivilrechtliche Anerkennung einer Geschlechtsänderung noch den Mitgliedstaaten überlassen, eine geschlechtsanpassende Operation als Voraussetzung für die rechtliche Anerkennung des Geschlechterwechsels zu normieren.¹⁶¹ In den unlängst ergangenen Urteilen zur Abhängigkeit des Geschlechtseintrags von operativen Eingriffen erklärte der EGMR, dass eine solche eine Verletzung des Art. 8 EMRK darstelle.¹⁶² Demnach dürfen operative Eingriffe keine Voraussetzung für die Änderung des Geschlechtseintrags sein.

In Österreich gehört seit der Leitentscheidung des VwGH aus 2008¹⁶³ die operative Anpassung der primären Geschlechtsmerkmale allerdings ohnehin nicht mehr zu den Erfordernissen einer Änderung des eingetragenen Geschlechts.¹⁶⁴ Österreich war damit nach Spanien, Großbritannien, Ungarn, Schweden, der Schweiz, Finnland und Italien das achte europäische Land, das keine operative Geschlechtsanpassung als Bedingung für eine personenstandsrechtliche Geschlechtsänderung mehr verlangt¹⁶⁵. Zwar hat das BMI auf die Aufhebung weiter Teile des »Transsexuellen-Erlasses« 1997¹⁶⁶ durch den Verfassungsgerichtshofs (VfGH)¹⁶⁷ mit einem neuen Erlass von 2007¹⁶⁸ reagiert. Dort heißt es, »der Antragswerber/die Antragswerberin [sei] aufzufordern, entsprechende Gutachten und Befunde, insbesondere ein psychotherapeutisches Gutachten *und* den Befund der geschlechtsanpassenden Operation, vorzulegen. Sind die vorgelegten – unverzichtbaren – Beweismittel so klar, dass sie einer Entscheidung zugrunde gelegt werden können, kann auf die Einholung eines Gutachtens verzichtet werden.« Nach einem neueren Erkenntnis des VfGH¹⁶⁹ folgt aber aus diesem Erlass nicht die Notwendigkeit einer geschlechtsumwandelnden Operation, sondern nur, dass bei Vorlage eines solchen Befundes auf die Einholung eines Gutachtens verzichtet werden kann. Außerdem sei diesem Erlass nicht zu entnehmen, dass der Antragsteller oder die Antragstellerin Gutachten und Befunde

¹⁶¹ EGMR 11.9.2007, 27527/03, *L./Lithuania*, wobei hier eine Verletzung des Art. 8 EMRK darin erkannt wurde, dass es keine entsprechende Regelung für die Durchführung einer vollständigen Geschlechtsumwandlung gab; krit. dazu *Theilen*, *The Long Road to Recognition: Transgender Rights and Transgender Reality in Europe*, in Schreiber (Hrsg.), *Transsexualität in Theologie und Neurowissenschaften* (2016) 374 (383 f.).

¹⁶² EGMR 6. 7. 2017, 79885/12, *A.P./France*; EGMR 6. 7. 2017, 52471/13, *Garçon/France* sowie EGMR 6. 7. 2017, 52596/13, *Nicot/France*; anhängig sind außerdem zwei Verfahren betreffend die potenzielle Verletzung des Art. 8 EMRK durch intransparente Voraussetzungen für die Änderung des Namens respektive des Geschlechtseintrags, siehe EGMR Antrag vom 25. 5. 2013, 36253/13, *R.L./Russia* und Antrag vom 30. 5. 2013 52516/13, *P.O./Russia*.

¹⁶³ VwGH 27. 2. 2009, 2008/17/0054; dazu *Greif*, *Kein Operationszwang für Transsexuelle*, *ÖJZ* 2009/67, 622.

¹⁶⁴ Zahlreiche Argumente für diese Position finden sich in *dBVerfG 1 BvL 3/03 BVerfGE 115, 1* (insbesondere Rn. 24 ff.).

¹⁶⁵ Vgl. das Positionspapier der Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche und transgender Lebensweisen (2013) 27 f: <https://www.wien.gv.at/menschen/queer/pdf/broschuere-transidentitaeten.pdf>

¹⁶⁶ Erl BMI 36.250/66-IV/4/96; abgedruckt bei VfGH V4/06 VfSlg. 17.849.

¹⁶⁷ VfGH V4/06 VfSlg. 17.849: Gesetzwidrigkeit, da der Erlass als Rechtsverordnung im Bundesgesetzblatt kundgemacht hätte werden müssen.

¹⁶⁸ Bundesministerialerlass vom 12.1.2007 betreffend Transsexualität – Vorgangsweise nach Durchführung einer geschlechtsanpassenden Operation, VA 1300/0013-III/2/2007:

¹⁶⁹ VfGH B 1973/08 iFamz 2010/41, 71.

eines/einer unabhängigen Sachverständigen als Beweismittel zwingend beizubringen hat, sondern die zuständige Behörde hat von Amts wegen die materielle Wahrheit zu erforschen. Auf diese Entscheidung nimmt auch das deutsche Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in einem Erkenntnis¹⁷⁰ Bezug, in dem eine Operation als gesetzlich normierte Voraussetzung für eine Geschlechtsänderung ausdrücklich als verfassungswidrig qualifiziert wird. Darüber hinaus wurde der Transsexuellen-Erlass 2007 im Schrifttum für – im gleichen Maße und aus den gleichen Gründen wie sein Vorgänger – insgesamt gesetzwidrig gehalten,¹⁷¹ der VfGH hat aber dessen zumindest formelle Gesetzeskonformität inzwischen bestätigt.¹⁷²

Nach wie vor Voraussetzung ist nach der Rechtsprechung allerdings eine – ohne Entfernung der Genitalien mögliche – deutliche Annäherung an das äußere Erscheinungsbild des anderen Geschlechts im Sinne der einfachen und eindeutigen Feststellbarkeit der Identität einer Person. Demgegenüber möchte in Deutschland – wie dort verschiedentlich gefordert¹⁷³ – der im Bundestag eingebrachte Entwurf für ein Selbstbestimmungsgesetz (BT-Drucks. 18/12179) u. a. eine Vereinfachung des Verfahrens bei Änderungen des Geschlechts bringen. Einzige Voraussetzung soll das Geschlechtsempfinden der den Antrag stellenden Person werden,

Damit würde allerdings die Auswahl des Geschlechtseintrags weitgehend in das Belieben der antragstellenden Person gestellt, was im Rechtsverkehr zu Unsicherheiten führen würde und unerwünschte Anreize zu opportunistischem Verhalten (z. B. Frauenquoten in Aufsichts- und Leitungsgremien) setzen könnte. Auch die (den tatsächlichen Verhältnissen entsprechende) Angabe anderer Personenstandsdaten – wie des Geburtsdatums, Geburtsorts oder der Staatsangehörigkeit – muss trotz erheblicher Bedeutung für das eigene Identitätsempfinden von der Einzelperson im Interesse der Allgemeinheit an der Identitätsfeststellung hingenommen werden.¹⁷⁴

Ist eine Geschlechtsumwandlung erfolgt, darf die Ausstellung einer neuen Geburtsurkunde mit dem geänderten Geschlecht nach der Rechtsprechung des EGMR nicht versagt werden.¹⁷⁵ Im Lichte dieses grundrechtlichen Erfordernisses und der zuvor beschriebenen Abkehr der höchstgerichtlichen Judikatur vom »Operationszwang« und der damit einhergehenden Verwaltungspraxis

¹⁷⁰ BVerfG 1 BvR3295/07 BVerfGE 128, 109: »Der Gesetzgeber stellt aber an den Nachweis der Dauerhaftigkeit des Empfindens und Lebens im anderen Geschlecht zu hohe, dem Betroffenen unzumutbare und insofern mit Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG unvereinbare Anforderungen, wenn er in § 8 Abs. 1 Nr. 3 und 4 TSG zur personenstandsrechtlichen Anerkennung des empfundenen Geschlechts von einem Transsexuellen unbedingt und ausnahmslos verlangt, sich Operationen zu unterziehen, die seine Geschlechtsmerkmale verändern und zur Zeugungsunfähigkeit führen (vgl. auch Österreichischer Verfassungsgerichtshof, Urteil vom 3. Dezember 2009 - B 1973/08-13 -, S. 8 ff)«.

¹⁷¹ Greif, ÖJZ 2009/67, 623 f.

¹⁷² VfGH B 1973/08 iFamz 2010/41, 71.

¹⁷³ Adamietz/Bager in BMFSFJ (Hrsg.), Regelungs- und Reformbedarf für transgeschlechtliche Menschen (2016) 11 f., 33 ff. m.w.N.; Antrag BT-Drucks. 18/12783 (Antrag) vom 20.6.2017, u. a. mit der Aufforderung an die Bundesregierung, den von Althoff/Schabram/Follmar-Otto, in Deutsches Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Gutachten. Geschlechtervielfalt im Recht ausgearbeiteten Entwurf eines Mantelgesetzes zu beschließen; Adamietz, Rechtliche Anerkennung von Transgeschlechtlichkeit und Anti-Diskriminierung auf nationaler Ebene – Zur Situation in Deutschland, in Schreiber (Hrsg.), Transsexualität in Theologie und Neurowissenschaften (2016) 358 (369 f.).

¹⁷⁴ Vgl. auch § 118 StPO: Wird die Feststellung der Identität verweigert oder kann diese aus anderen Gründen nicht sogleich festgestellt werden, kann die Kriminalpolizei nach Abs. 4 der zitierten Vorschrift, sogar von sich aus eine Personendurchsuchung vornehmen, die nach § 117 Z. 3 lit. b StPO u. a. eine Besichtigung des unbedeckten Körpers umfasst.

¹⁷⁵ EGMR 25.03.1992, 13343/87, B./France; 11.07.2002, 28957/95, Goodwin/UK; anders noch EGMR 25.9.1986, 2/1985/88/135, Rees/UK; 27.09.1990, 10843/84, Cossey/UK, 22.4.1997, 21830/93, X. Y. & Z./UK; 30.7.1998, 23390/94, Sheffield & Horsham/UK.

erscheint es im Sinne der Rechtssicherheit geboten, die daraus entwickelten Voraussetzungen für eine Umschreibung des Geschlechts im Geburtenbuch in positives Recht zu gießen und im Personenstandsgesetz ausdrücklich die Voraussetzungen einer Geschlechtsänderung zu normieren.

Die Zubilligung eines Rechtsanspruchs auf Neuausstellung sämtlicher Urkunden (Ausweispapiere, Personenstandsunterlagen, Zeugnisse usw.) nach erfolgreicher Umschreibung im Geburtenbuch zur rechtlichen Absicherung des »neuen« Geschlechts und zur Vermeidung der – unter 4.3. ausgeführten – Hindernisse im Umgang mit Behörden etc. ist jedenfalls denkbar. Dieser Anspruch könnte sowohl gegen öffentliche als auch private Stellen durchgesetzt werden. Hinsichtlich des Verfahrens der Neuausstellung kann wohl auf bewährte Regelungen zur Neuausstellung, die z. B. nach einer Namensänderung wegen Eheschließung zur Anwendung gelangen, zurückgegriffen werden. Ein solcher Anspruch müsste wegen der belastenden Folgen für Dritte gesetzlich geregelt werden, wobei auch eine moderate Entschädigung für den entstehenden Verwaltungsaufwand zu diskutieren wäre.

6.2.2 Konsequenzen für Ehe bzw. eingetragene Partnerschaft

Der Bestand einer Ehe steht der Änderung der Beurkundung des Geschlechts im Geburtenbuch nicht entgegen.¹⁷⁶ Insofern gewährt die Rechtsprechung des VfGH intersexuellen Menschen weiteren Schutz als vom EGMR verlangt, der keine Verletzung des Art. 8 EMRK darin erblickt, wenn als Voraussetzung für die rechtliche Anerkennung des angenommenen Geschlechts die Umwandlung der Ehe in eine eingetragene Partnerschaft verlangt wird¹⁷⁷ oder wenn ein Mitgliedstaat die Beendigung der Ehe verlangt, damit das geänderte Geschlecht anerkannt wird.¹⁷⁸ Zur derzeit geltenden Rechtslage in Österreich wird wohl überwiegend angenommen, dass eine Geschlechtsumwandlung ab dem personenstandrechtlichen Vollzug zu einer gleichgeschlechtlichen Ehe führe; die Verschiedengeschlechtlichkeit wäre demnach nur Abschlussvoraussetzung¹⁷⁹, nicht Bestandsbedingung.¹⁸⁰

Der andere Ehepartner bzw. die andere Ehepartnerin kann eine Aufhebung der Ehe nach § 37 des Ehegesetzes (EheG) oder eine Scheidung nach § 49 oder § 50 EheG begehren; ein Verschweigen der vorgenommenen Geschlechtsumwandlung stellt ein rechtswidriges und schuldhaftes Verhalten im Sinne des § 42 Abs. 2 EheG dar.¹⁸¹

Hinsichtlich der Auswirkungen auf eine bestehende Ehe oder eingetragene Partnerschaft besteht nach rezenter Judikatur des EGMR also ein gewisser Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers. Die bislang in Österreich gewählte, pragmatische Lösung scheint durchaus interessengerecht zu sein. Allerdings ist nicht zu verkennen, dass das Verbleiben der betroffenen Personen in einer ausnahmsweise gleichgeschlechtlichen Ehe bzw. verschiedengeschlechtlichen eingetragenen Partnerschaft auch Fragen im gesellschaftlichen Umfeld auslösen und so den Interessen der Betroffenen

¹⁷⁶ VfGH V4/06 VfSlg. 17.849. Ebenso in Deutschland: BVerfG 1 BvL 10/05 BVerfGE 121, 175 = NJW 2008, 3117.

¹⁷⁷ EGMR 16.7.2014, 37359/09, *Hämäläinen*/Finland.

¹⁷⁸ EGMR 28.11.2006, 42971/05, *Parry*/UK und 28.11.2006, 35748/05, *R. and F.*/UK.

¹⁷⁹ Insofern ist allerdings gegenwärtig ebenfalls ein Verfahren vor dem VfGH anhängig, in dem die Verfassungskonformität einer solchen Voraussetzung geprüft wird: VfGH, Prüfungsbeschluss vom 12.10.2017, E 230-231/2016-27.

¹⁸⁰ *Kopetzki*, Transsexualität und das Wesen der Ehe, iFamZ 2008, 81; *ders.*, Transsexuellen-Erlass – Aufhebung, RdM 2007, 56 (59); andere Ansicht *Jaksch-Ratajczak*, Gibt es in Österreich eine Ehe unter Gleichgeschlechtlichen? EF-Z 2006, 111. Freilich ist festzuhalten, dass diese Rechtsansicht vor dem Inkrafttreten des Eingetragene Partnerschaft-Gesetz (EPG), BGBl. I 2009/135, geäußert wurde.

¹⁸¹ OGH 3 Ob 84/14w Zak 2014, 290 = iFamZ 2014, 269 (*Deixler-Hübner*) = EF-Z 2015, 122 (*Schoditsch*).

zuwider laufen kann. Ein Wahlrecht der Betroffenen könnte hier eine adäquate Lösung darstellen. Eine Änderung des Geschlechts im Geburtenbuch würde dabei weiterhin keinen Einfluss auf eine bestehende Ehe oder eingetragene Partnerschaft haben; den Betroffenen und ihren Ehepartnern und -partnerinnen bzw. eingetragenen Partnern und Partnerinnen könnte allerdings ein Antragsrecht zukommen, entsprechend der nach der Neueintragung vorliegenden Geschlechterkonstellation von der eingetragenen Partnerschaft in die Ehe oder umgekehrt zu optieren.

Die Ehe mit einer Person des früheren Geschlechts steht einer transidenten Person nach einer geschlechtskorrigierenden Behandlung und erfolgter Beurkundung jedenfalls offen.¹⁸² Dies muss nach einer Entscheidung des EuGH auch für Personen gelten, die sich zwar einer geschlechts-umwandelnden Operation unterzogen, das neue Geschlecht aber – aus Mangel einer solchen gesetzlichen Möglichkeit – nicht im Geburtenregister eintragen haben lassen.¹⁸³

6.2.3 Kindschaftsrechtliche Aspekte

Soweit nicht unbedingt erforderlich, sind für Betroffene ungünstige Rechtswirkungen infolge Geschlechtsänderungen möglichst hintanzuhalten. Daher scheint es durchaus angemessen, dass diesen nach geltendem Recht keine Auswirkungen auf bestehende Abstammungsverhältnisse zugesprochen werden. Das österreichische Abstammungsrecht, das in den §§ 140 ff. ABGB geregelt ist, kennt zwar die Elternschaft zweier Männer nicht. Das bedeutet aber nicht, dass, für den Fall einer Geschlechtsänderung der Mutter zum Mann die Elternschaft beeinträchtigt wird.

Der deutsche BGH hat kürzlich entschieden, dass ein Frau-zu-Mann-Transsexueller, der nach der Änderung seiner Geschlechtszugehörigkeit ein Kind geboren hat, im Rechtssinne Mutter dieses Kindes ist und insoweit dem Antrag des Klägers, der eine Eintragung als Vater angestrengt hatte, nicht Folge gegeben.¹⁸⁴ Im Geburtenregister und der Geburtsurkunde sei er demnach als Mutter einzutragen.¹⁸⁵

Nach österreichischem Recht bleiben nach Beurkundung des neuen Geschlechts auch die elterliche Obsorge (§§ 158 ff. ABGB) und Kontaktrechte bzw. Kontaktpflichten (§§ 186 ff. ABGB) aufrecht. Soweit Beschränkungen des Kontaktes eines Transidenten mit seinem minderjährigen Kind im Einzelfall für zulässig befunden worden sind, kann das nur nach allgemeinen Grundsätzen erfolgen, d. h. wenn sich diese Maßnahme auf die festgestellte emotionale Instabilität des Transidenten während der Geschlechtsumwandlung und damit konkret auf das Wohl des betroffenen Kindes bezieht.¹⁸⁶ Im Kollisionsfall ist dem Kindeswohl gegenüber den Bedürfnissen des transidenten Elternteils – wie bisher – der Vorzug einzuräumen.

Im Rahmen einer Geschlechtsumwandlung kann eine Entnahme von Keimzellen für eine künftige medizinisch unterstützte Fortpflanzung gerechtfertigt sein, wenn eine dauerhafte Fortpflanzungsunfähigkeit zu befürchten ist.¹⁸⁷ Der EGMR bestätigte angesichts der uneinheit-

¹⁸² VwGH 95/01/0061 VwSlg. 14748A. Ein nationales Gesetz, das eine solche Ehe nicht vorsieht, verstößt gegen Art. 12 EMRK: EGMR 11.7.2002, 28957/95, *Goodwin/UK*.

¹⁸³ EuGH 7.1.2004, C-117/01, *K.B./National Health Service Pensions Agency*, Slg. 2004 I-568.

¹⁸⁴ BGH XII ZB 660/14 NJW 2017, 3379.

¹⁸⁵ Abl. zu einer solchen Eintragung *Detbloff*, Stellungnahme in BMFSFJ, Geschlecht im Recht 31 f., weil eine solche der Geschlechtsidentität der Eltern und dem Interesse der Kinder, die Transgeschlechtlichkeit ihrer Eltern nicht unfreiwillig zu offenbaren, widerspreche. *Scherpe*, Stellungnahme in BMFSFJ (Hrsg.), Geschlecht im Recht (2017) 45 f. plädiert für eine Abstandnahme von den Begriffen der »Mutter-« bzw. der »Vaterschaft« zugunsten des Begriffes der »Elternschaft«.

¹⁸⁶ EGMR 30.11.2010, 35159/09, *P.V./Spain*; vgl. OGH 26.02.1997, 3 Ob 45/97g.

¹⁸⁷ *Leischner-Lenzhofer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht, Punkt I.23.5.1.1.

lichen Rechtslage in den Konventionsstaaten die Zulässigkeit einer nationalen Regelung, die eine transidente Person, die vormals als Frau gelebt hat, nicht als Vater eines durch künstliche Insemination mit Spendersamen von der Partnerin geborenen Kindes anerkennt. Dem EGMR zufolge steht eine solche Bestimmung im Einklang mit Art. 8 EMRK.¹⁸⁸

Nach den Bestimmungen des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG) wäre eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung – unter Beachtung des Verbots der Leihmutterchaft – in Österreich auch für Paare mit einem transidenten oder intersexuellen Teil rechtlich möglich. Auch die §§ 143 ff ABGB in der Fassung des FMedRÄG 2015¹⁸⁹ sind grundsätzlich geeignet, die Situation zu erfassen, dass eine Mann-zu-Frau-transidente Person, die vor der Geschlechtsumwandlung ihren Samen konservieren ließ, »anderer Elternteil« des mit diesem Samen gezeugten Kindes wird. Dass in seltenen Ausnahmefällen bei Umgehung der in § 8 Abs. 1 S. 2 FMedG vorgesehenen Formalitäten (Notariatsakt) Komplikationen auftreten können, unterscheidet Paare mit einem transidenten oder intersexuellen Teil nicht wesentlich von anderen Paaren.

6.2.4 Konsequenzen im Pensionsrecht

In Bezug auf die Alterspension entschied der EuGH, dass eine Geschlechtsumwandlung bei Gewährung einer Ruhestandsrente nach dem jeweiligen Eintrittsalter für das neue Geschlecht berücksichtigt werden muss.¹⁹⁰ Dasselbe gilt für die Möglichkeit, den Partner nach einer Geschlechtsumwandlung als Begünstigten einer Hinterbliebenenrente zu bestimmen.¹⁹¹ Die Geschlechtsumwandlung wirkt dabei *ex nunc*, d. h. mit Wirkung für die Zukunft. Eine Erhöhung der Alterspension nach § 261c ASVG findet also etwa nicht statt, wenn das Geschlecht nach dem 60. Lebensjahr geändert wird.¹⁹²

6.3 Änderung des Namens

§ 13 Abs. 2 Personenstandsgesetz (PStG) normiert, dass der erste Vorname des Kindes nicht dessen Geschlecht widersprechen darf. Gem. § 2 Abs. 2 Z. 3 Namensänderungsgesetz (NÄG)¹⁹³ kann der Vorname einer Person auf Antrag geändert werden, wenn er nicht dem Geschlecht des Antragstellers bzw. der Antragstellerin entspricht. Die Änderung des Vornamens darf gem. § 3 Abs. 1 Z. 7 NÄG nicht bewilligt werden, wenn der beantragte (erste) Vorname nicht dem Geschlecht des Antragstellers bzw. der Antragstellerin entspricht. Geschlechtsneutrale Vornamen sind somit jedenfalls möglich.

Soweit dies der Herkunft der Person oder der Tradition der sprachlichen Herkunft des Namens der Person entspricht, kann der Familienname an das Geschlecht gem. § 2 Abs. 1 Z. 7a NÄG in Verbindung mit § 93a Abs. 3 ABGB angepasst werden (Beispiel: slawische Namensendungen wie -ova/ov, -ska/sky etc.). Auch geschlechtsbedingte Namenszusätze (Beispiel: Singh, Kaur)

¹⁸⁸ EGMR 23.04.1997, 75/1995/581/667, X./UK.

¹⁸⁹ Bundesgesetz, mit dem das Fortpflanzungsmedizingesetz, das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch, das Gentechnikgesetz und das IVF-Fonds-Gesetz geändert werden, BGBl. I 2015/35.

¹⁹⁰ EuGH 27. 4. 2006, C-423/04, *Richards*, Slg. 2006 I-3585; EGMR 11.7.2002, 28957/95, *Goodwin/UK*: In der Verweigerung der Gewährung der Alterspension entsprechend des neuen Geschlechtes wird eine Verletzung von Art. 8 EMRK gesehen.

¹⁹¹ EuGH 7.1.2004, C-117/01, *K.B./National Health Service Pensions Agency*. Slg 2004, I-568.

¹⁹² OGH 10 Obs 29/09a SZ 2009/50.

¹⁹³ BGBl. 1988/195.

von Personen mit nicht österreichischem Personenstand sind eintragungsfähig, diese gelten jedoch nicht als Vor- oder Familiennamen.¹⁹⁴

Die Änderung des Namens erfolgt aufgrund eines rechtskräftigen Bescheids nach einem verwaltungsrechtlichen Verfahren nach dem NÄG.

Das Namensrecht enthält keine Regelung für die Bestimmung des Geschlechts. In der Praxis wird der Vorname erst geändert, wenn eine Personenstandsänderung erfolgt ist, es sei denn, es soll ein geschlechtsneutraler Name angenommen werden.¹⁹⁵ In diesem Fall kann sich der Antragsteller bzw. die Antragstellerin für die Annahme eines geschlechtsneutralen Namens auf § 2 Abs. 1 Z. 10 NÄG stützen, indem er/sie glaubhaft macht, dass die Änderung des Namens notwendig ist, um unzumutbare Nachteile in wirtschaftlicher Hinsicht oder in seinen sozialen Beziehungen zu vermeiden.

Die im Zusammenhang mit dem Personenstandsrecht genannten, von der Rechtsprechung entwickelten drei Kriterien für die Bestimmung des Geschlechts (siehe oben) müssten allerdings nicht notwendigerweise auch für das Namensrecht herangezogen werden.¹⁹⁶ Da eine einheitliche Definition in der österreichischen Rechtsordnung fehlt, kann der Geschlechtsbegriff für jede Norm gesondert ausgelegt werden.

Der Name dient mehr als das im Geburtenbuch angeführte Geschlecht dem Ausdruck der persönlichen Identität, welcher in den Schutzbereich des Privatlebens im Sinne des Art. 8 EMRK fällt. Der Name ist zudem wichtig für die soziale Anerkennung des Identitätsgeschlechts der betroffenen Person. Es kann daher für das Namensrecht ein weites Verständnis des Geschlechtsbegriffes herangezogen werden und anstelle auf das biologische und psychische Geschlecht abzustellen, allein das persönliche Geschlechtsempfinden als Beurteilungskriterium erwogen werden.¹⁹⁷

Eine Namenswahl nach der freien Disposition der Betroffenen befindet sich im Spannungsverhältnis mit dem Grundsatz der Namenskontinuität. Wiederholte Namensanpassungen könnten den rechtlichen und gesellschaftlichen Verkehr belasten, da eine eindeutige Identifizierbarkeit der Person erschwert wäre. Die Auswirkungen auf die öffentlichen Interessen sind jedoch bei der Namensänderung geringer als im Personenstandsrecht oder dem Pensionsversicherungsrecht. Es könnte allerdings – wie bei der dritten Voraussetzung für die Änderung des Geschlechts im Geburtenbuch (siehe 6.2.1) – verlangt werden, dass sich mit hoher Wahrscheinlichkeit am Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nichts mehr ändern wird. Zudem könnte argumentiert werden, dass das Erfordernis einer Annäherung an das äußere Erscheinungsbildes des anderen Geschlechtes genau jene Geschlechterdichotomien und -stereotype untermauert, die es im Sinne größerer Toleranz und Diversität zu überwinden gilt.

¹⁹⁴ Bundesministerium für Inneres, Rundschreiben Namensbestimmung vom 18.03.2013, BMI-VA1300/73-III/2/2013, 20.

¹⁹⁵ <https://www.wien.gv.at/menschen/queer/transgender/geschlechtswechsel/rechtlich/vorname.html>

¹⁹⁶ Jedenfalls ist nach aktueller Rechtsprechung des EGMR eine Verletzung des Art. 8 EMRK darin zu sehen, dass eine Änderung des Geschlechts bzw. des Namens von der Durchführung eines operativen geschlechtsanpassenden Eingriffs bzw. einer Sterilisation abhängig gemacht wird, siehe dazu EGMR 6. 7. 2017, 79885/12, *A.P./France*; EGMR 6. 7. 2017, 52471/13, *Garçon/France* sowie EGMR 6. 7. 2017, 52596/13, *Nicot/France*; anhängig außerdem EGMR Antrag vom 30. 5. 2013 52516/13, *P.O./Russia* sowie Antrag vom 13. 11. 2008, 55216/08, *S.V./Italy*.

¹⁹⁷ Vgl. *Gottschamel*, Die Regelung der Geschlechtsnamen, AnwBl 2015, 653 (659 f.).

7 Empfehlungen der Bioethikkommission

Auf der Grundlage der unter 1 bis 6 dargelegten Erwägungen unterbreitet die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt die folgenden zusammenfassenden Empfehlungen:

7.1 Empfehlungen gegen Ausgrenzung und Diskriminierung

1. Die Abweichung vom bipolaren Mann/Frau-Schema ist als solche betrachtet nicht als Krankheit zu verstehen. Von einer unangemessenen Pathologisierung ist – auch terminologisch – unbedingt abzusehen. Die Zuschreibung von Krankheitswert wirkt sich im Zusammenhang mit Intersexualität und Transidentität allerdings zweischneidig aus: einerseits kann sie von den Betroffenen als abwertend und stigmatisierend empfunden werden, andererseits ist sie grundsätzlich Voraussetzung für einen Kostenersatz durch die Sozialversicherung. Insgesamt sollte von Krankheitswert dann und nur dann gesprochen werden, wenn ein Zustand in Funktionsstörungen, in der Gefahr schwerwiegender gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder in einem intrinsischen psychischen Leidenszustand resultiert und von den Betroffenen selbst als potenziell behandlungsbedürftig empfunden wird.
2. Jegliche Form der Diskriminierung aufgrund einer (angenommenen) Intersexualität oder Transidentität ist unmittelbar als Diskriminierung aufgrund des Geschlechts zu qualifizieren. Ihr ist in allen Lebens- und Gesellschaftsbereichen – Schule, Arbeitsleben, Sozialversicherung usw. – entgegen zu wirken. Zur Vermeidung von Ausgrenzung und Stigmatisierung sollte bereits in Kindergarten und Schule verstärkt auf Aufklärung gesetzt werden. Bei der Ausbildung von ärztlichem und pflegerischem Personal ebenso wie von pädagogischem Personal in Kindergärten und Schulen sollte spezifisch auf die Situation intersexueller und transidenter Personen eingegangen werden.
3. Insgesamt erscheint es dringend erforderlich, die Öffentlichkeit – etwa durch entsprechende Medienarbeit – verstärkt für die besondere Situation intersexueller und transidenter Personen zu sensibilisieren. Wird eine solche Sensibilisierung erreicht, erscheint es ethisch unbedenklich, gewachsene sprachliche und kulturelle Strukturen, die auf einer bipolaren Geschlechtervorstellung aufbauen (Beispiele: »Sehr geehrte Damen und Herren ...« als Beginn einer Ansprache, Gesellschaftstänze etc.) und die keine ausgrenzende Intention verfolgen, weiterhin zu achten und zu bewahren.
4. Öffentliche wie private Stellen sollten die Notwendigkeit einer Abfrage des Geschlechts bei alltäglichen Registrierungen usw. sorgfältig überprüfen. Für jede zwingende Abfrage des Geschlechts bedarf es eines sachlich rechtfertigenden Grundes, etwa medizinischer oder organisatorischer Art (Beispiel: Unterbringung in Mehrbettzimmern). Bei Gesetzesvorhaben obliegt es dem Gesetzgeber, Vorschriften, die unterschiedliche Folgen an die Geschlechter knüpfen, dahingehend zu prüfen, ob diese Unterscheidung sachlich gerechtfertigt ist.
5. Die Bioethikkommission fordert die Bundesregierung auf, Studien in Auftrag zu geben, welche Art der Anrede usw. dem Wunsch der Betroffenen am besten entspricht. Dies sollte sich dann unmittelbar auf die Gestaltung von Formularen und dergleichen auswirken, insbesondere wenn diese von öffentlichen Stellen verwendet werden.
6. Bei der Planung von baulichen, sportlichen, gesellschaftlichen usw. Einrichtungen sollte die Möglichkeit, dass sich Personen weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zuordnen lassen oder lassen wollen, verstärkt berücksichtigt werden. Bei

Sanitäranlagen erscheint eine Umbeschriftung existierender barrierefreier Anlagen, die bislang meist nur mit dem Rollstuhlfahrer-Symbol gekennzeichnet sind, empfehlenswert. Eine gesetzliche Verpflichtung öffentlicher und/oder privater Stellen, etwa bei Umkleideanlagen oder im Sportunterricht zusätzlich eine geschlechtsneutrale Option vorzusehen, sollte aber – unabhängig von Überlegungen wirtschaftlicher Verhältnismäßigkeit – schon deswegen nicht eingeführt werden, weil derartige Maßnahmen teilweise wiederum als stigmatisierend empfunden werden.

7. Stehen in Alltagssituationen – etwa bei öffentlichen Sanitärräumen – nur die Optionen »männlich« oder »weiblich« zur Verfügung, müssen transidente Personen ebenso wie Personen mit physisch uneindeutiger Geschlechtsausprägung grundsätzlich die Wahl haben, für welche Option sie sich entscheiden. Ausnahmsweise kann es betroffenen Personen abverlangt werden, sich äußerlich konsequent zu verhalten, wenn es zum Schutz berechtigter Interessen Dritter notwendig ist. Eine zwingende Differenzierung nach dem biologischen Geschlecht bedarf jedenfalls einer sachlichen Rechtfertigung; eine solche ist beispielsweise beim Leistungssport in der Schaffung fairer Wettbewerbsbedingungen zu sehen.

7.2 Empfehlungen zur Geschlechtszuordnung

8. Bei uneindeutiger Ausprägung des physischen Geschlechts muss der/die einwilligungsfähige Betroffene selbst entscheiden, ob eine geschlechtszuordnende Maßnahme gewünscht ist. Aus diesem Grund sind geschlechtszuordnende Maßnahmen im Neugeborenen- oder Kindesalter grundsätzlich zu unterlassen und muss die betroffene Person mindestens selbst einwilligungsfähig sein, was bei Vollendung des 14. Lebensjahrs vermutet wird (§ 173 Abs. 1 ABGB). Da die Behandlung potenziell mit einer nachhaltigen Beeinträchtigung der Persönlichkeit verbunden ist, muss bei Betroffenen vor Vollendung des 18. Lebensjahrs auch die obsorgeberechtigte Person zustimmen (§ 173 Abs. 2 ABGB).
9. Geschlechtszuordnende Maßnahmen im Neugeborenen- oder Kindesalter sind bei Vorliegen einer medizinischen Indikation gerechtfertigt. Eine solche liegt etwa vor, wenn Maßnahmen zur Behebung von Funktionsstörungen (Beispiel: urogenitale Missbildung führt zu Schwierigkeiten beim Wasserlassen) oder zur Abwendung gesundheitlicher Schäden oder gar zur Lebensrettung erforderlich sind und die obsorgeberechtigte Person eingewilligt hat, wobei deren Einwilligung gegebenenfalls vom Gericht zu ersetzen ist. Bloße Angst der Familien vor Stigmatisierung stellt keine hinreichende medizinische Indikation für einen Eingriff im Neugeborenen- oder Kindesalter dar, jedoch vermag die fundierte Prognose depressiver Störungen des Kindes und anderer seelischer Beeinträchtigungen mit Krankheitswert nach allgemeinen Grundsätzen eine medizinische Indikation zu begründen.
10. Auch in Fällen einer medizinischen Indikation ist jedoch – wenn immer möglich – reversiblen Eingriffen der Vorzug vor irreversiblen Eingriffen zu geben. Erhöhte Aufmerksamkeit ist auf mögliche Maßnahmen zur Erhaltung der Fertilität zu legen, etwa durch Konservierung von entnommenem Gonadalgewebe.
11. Ein ohne medizinische Indikation vorgenommener medizinischer Eingriff ist als rechtswidrige Körperverletzung zu qualifizieren und verpflichtet – bei entsprechendem Verschulden – ärztliches Personal sowie auch die Eltern zum Schadenersatz. Die Bundesregierung wird aufgefordert, zu prüfen, ob zur Entschädigung von Betroffenen, die durch

eine länger zurückliegende medizinische Maßnahme geschädigt worden sind und denen eine individuelle Rechtsverfolgung nicht mehr möglich oder nicht zumutbar ist, ein Entschädigungsfonds eingerichtet werden kann. Dieser Fonds sollte auch symbolische Entschädigungsgesten leisten können, die von einer allfälligen Verjährung oder auch einem nachweisbaren Verschulden unabhängig sind.

12. Geschlechtszuordnende Maßnahmen sollten nur in darauf spezialisierten Zentren, aufgrund einer umfassenden Nutzen-Risiko-Abwägung und nach eingehender Beratung der Betroffenen und ihrer Familien durchgeführt werden, die neben den medizinischen Möglichkeiten auch Risiken für das spätere psychische Wohlbefinden der betroffenen Person angemessen berücksichtigt. Maßnahmen, die einen Verlust der späteren Fortpflanzungsfähigkeit oder Fähigkeit zur Ausübung des Geschlechtsverkehrs nach sich ziehen, sollten nur auf der Grundlage eines interdisziplinären Konsils durchgeführt werden.
13. Den Betroffenen und ihren Familien ist dauerhaft ein dezentrales Beratungs- und Betreuungsangebot zur Verfügung zu stellen, das bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, bei der Entscheidung über mögliche medizinische Maßnahmen oder beim Einleiten juristischer Schritte gegen erlittene Diskriminierungen Unterstützung leistet.
14. Im Personenstandsregister sollte unter der Rubrik Geschlechtseintrag neben den Alternativen »männlich« oder »weiblich« als weitere Option z. B. »offen« gewählt werden können, wobei diese dritte Option kein eigenes Geschlecht darstellen, sondern für ein breites Spektrum uneindeutiger Geschlechtsidentitäten als Alternative neben dem binären Mann/Frau-Modell stehen würde. Bei Neugeborenen mit uneindeutiger Geschlechtsausprägung sollte die obsorgeberechtigte Person entscheiden dürfen, ob sie die näher liegende Geschlechtskategorie oder die weitere Option wählen oder zunächst überhaupt keinen Eintrag vornehmen wollen. Stellt sich im Laufe der Zeit heraus, dass der falsche Eintrag gewählt wurde, sollte die obsorgeberechtigte Person nach altersgerechter Anhörung des Kindes den Eintrag ändern können. Entsprechende Flexibilität bei der Vornamensgebung wäre im Personenstandsrecht vorzusehen.
15. Wurde auf Betreiben der obsorgeberechtigten Person überhaupt kein Eintrag vorgenommen, sollte sich die betroffene Person binnen angemessener Frist nach Beendigung des 18. Lebensjahrs für eine der drei Optionen entscheiden.
16. Der Gesetzgeber ist aufgerufen, für Personen, welche die Option »offen« gewählt haben, in Bezug auf Eingehen einer Ehe bzw. Eingetragenen Partnerschaft, Alterspension, Wehrpflicht usw. angemessene Regelungen zu treffen, die einerseits dem beachtlichen Wunsch der betroffenen Personen nach einer ihrer Geschlechtsidentität entsprechenden Zuordnung gerecht werden, andererseits aber Anreize zu opportunistischem Verhalten vermeiden.

7.3 Empfehlungen zur Geschlechtsänderung

17. Die Bioethikkommission unterstützt es ausdrücklich, dass Personen, die aufgrund eines Auseinanderfallen des psychischen Geschlechts (Geschlechtsidentität) einerseits und des physischen Geschlechts andererseits leiden und das Gefühl haben, »im falschen Körper« zu leben, in Österreich Anspruch auf umfassende interdisziplinäre Beratung und Betreuung haben sowie Zugang zu medizinischen Maßnahmen der Geschlechtsumwandlung

erhalten. Die Kosten sind nach den üblichen Grundsätzen als Behandlungskosten von der gesetzlichen Krankenversicherung zu ersetzen, soweit die Maßnahmen nach den Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus erforderlich sind.

18. Eine intensive Beratung und psychologische Betreuung von Personen mit einem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung – einschließlich einer sachverständigen Begutachtung der Ernsthaftigkeit und voraussichtlichen Irreversibilität des Wunsches – dient dem Schutz vor übereilten Entscheidungen mit schwerwiegendsten Folgen für den weiteren Lebensweg der Betroffenen und nicht deren Bevormundung. Sie ist auch aus ethischer Sicht nicht nur gerechtfertigt, sondern im Gegenteil geboten. Die derzeit praktizierte Zweistufigkeit der Behandlung, die nach einer hormonellen Behandlung und vor operativen Eingriffen eine Bewährungsprobe im Alltag vorsieht, ist beizubehalten. Über eine Reduzierung der Anzahl erforderlicher Sachverständigengutachten sollte allerdings diskutiert werden, da derzeit in Österreich der diagnostische Prozess mit der mehrfachen Begutachtung durch verschiedene Berufsgruppen zu umfangreich erscheint und individuell eine besondere Barriere in Richtung Geschlechtsanpassung darstellen könnte.
19. Eine Geschlechtsumwandlung bei minderjährigen Personen vor Erreichen der Einwilligungsfähigkeit, die mit Vollendung des 14. Lebensjahrs vermutet wird, sollte auch auf den gemeinsamen Wunsch der minderjährigen und der obsorgeberechtigten Person hin grundsätzlich nicht vorgenommen werden. Die Bioethikkommission fordert die Bundesregierung auf, Studien in Auftrag zu geben, wie bei betroffenen Personen, die das 14. aber nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, dem Wunsch nach Maßnahmen der Geschlechtsumwandlung am besten nachgekommen werden kann.
20. Eine Geschlechtsumwandlung ist nicht nur für die betroffene Person eine einschneidende Maßnahme, sondern oftmals auch für nahe stehende Menschen, insbesondere für minderjährige Kinder und andere Familienmitglieder. Daher sollte auch für diese Familienmitglieder ein angemessenes Beratungs- und Betreuungsangebot zur Verfügung stehen.
21. Bei jeder rechtlich relevanten Zuordnung zu einem Geschlecht kommt für die Frage, unter welchen Bedingungen die Zuordnung geändert werden kann, dem Sinn und Zweck der betreffenden Norm entscheidende Bedeutung zu. Der Eintrag des Geschlechts in Personenstandsregistern oder Ausweispapieren dient – ebenso wie Abstammung, Geburtsdatum, Geburtsort oder Staatsangehörigkeit – der Feststellbarkeit der Identität einer Person sowie der Zuordnung in solchen Zusammenhängen, in denen eine Differenzierung durch biologische Gegebenheiten gerechtfertigt wird (Wehrpflicht, Alterspension, Frauenquoten in Gremien, Brustkrebsscreening, usw.). Dass die Rechtsprechung im Einklang mit der Judikatur des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) für eine Umschreibung des Geschlechts äußerlich manifeste und voraussichtlich dauerhafte Veränderungen fordert, ist daher nicht zu beanstanden. Ebenso wie die Angabe des Geburtsdatums keine Altersdiskriminierung darstellt, fehlt der Beschreibung nach dem Geschlecht jede diskriminierende Wirkung. Dies gilt insbesondere dann, wenn – den Empfehlungen der Bioethikkommission folgend – eine weitere Option neben »männlich« oder »weiblich« eingeführt wird.
22. Der Name ist ein elementarer Aspekt der Ausdrucksmöglichkeit eigener Identität. Die Änderung des Namens sollte nicht von einer Eintragung des Geschlechts im Geburtenbuch abhängig gemacht werden. Für die Anpassung des Vor- oder Nachnamens an das Geschlecht sollte ein weites Verständnis des Geschlechterbegriffs herangezogen werden.

Im Gegensatz zur Umschreibung des Geschlechts im Geburtenbuch sollte nicht auf das biologische Geschlecht abgestellt werden, sondern das persönliche Geschlechtsempfinden genügen. Allerdings ist zum Schutz des rechtlichen Verkehrs sicherzustellen, dass sich mit hoher Wahrscheinlichkeit am Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nichts mehr ändern wird.

23. Hinsichtlich der Auswirkungen auf eine bestehende Ehe oder eingetragene Partnerschaft sollten die Betroffenen wählen können, ob sie eine Umwandlung in das jeweils andere familienrechtliche Rechtsinstitut wünschen oder in einer ausnahmsweise gleichgeschlechtlichen Ehe bzw. verschiedengeschlechtlichen eingetragenen Partnerschaft leben möchten. Die Geschlechtsumwandlung sollte weiterhin weder Auswirkungen auf den Nachnamen noch auf bestehende Abstammungsverhältnisse und ähnliche Rechtsverhältnisse haben.
24. Mit erfolgter Umschreibung im Geburtenbuch sollten die betroffenen Personen einen Anspruch gegen öffentliche und private Stellen auf Neuausstellung sämtlicher Urkunden (Ausweispapiere, Personenstandsurkunden, Zeugnisse usw.) haben, deren Verwendung aufgrund gesetzlicher Vorgaben oder nach der Verkehrsanschauung auch nach dem Zeitpunkt erfolgter Geschlechtsumwandlung erforderlich werden kann. Ein solcher Anspruch müsste wegen der belastenden Folgen für Dritte gesetzlich geregelt werden, wobei auch eine moderate Entschädigung für den entstehenden Verwaltungsaufwand zu diskutieren wäre.
25. Angesichts der erhöhten Grundrechtsrelevanz der Frage wäre es zu empfehlen, dass die Voraussetzungen für eine Umschreibung des Geschlechts und des Namens im Geburtenbuch ebenso wie die Folgen für bestehende familienrechtliche Rechtsverhältnisse gesetzlich festgeschrieben werden.

Literatur

Adamietz, Geschlechtsidentität im deutschen Recht, APuZ 20-21/2012, 15

Adamietz, Rechtliche Anerkennung von Transgeschlechtlichkeit und Anti-Diskriminierung auf nationaler Ebene – Zur Situation in Deutschland, in Schreiber (Hrsg.), Transsexualität in Theologie und Neurowissenschaften (2016) 358

Adelson S. L. and American Academy of Child and Adolescent Psychiatry AACAP, Practice parameter on gay, lesbian or bisexual orientation, gender nonconformity and gender discordance in children and adolescents, J Am Acad Child Adol Psychiatry 2012, 51(9): 957–974

Baer, Geschlecht und Recht. Zur Diskussion um die Auflösung der Geschlechtergrenzen, RZ 2014, 5

Barth, Medizinische Behandlung Minderjähriger, RdM 2005, 4

Bielefeld, Die Leibhaftigkeit der Freiheit. Sexuelle Orientierung und Gender-Identität im Menschenrechtsdiskurs, in: Bogner/Mügge (Hrsg.), Natur des Menschen. Brauchen die Menschenrechte ein Menschenbild?(2015) 145

Büchler/Cottier, Intersexualität, Transsexualität und das Recht – Geschlechtsfreiheit und körperliche Integrität als Eckpfeiler einer neuen Konzeption, Freiburger Frauenstudien 17, 115

Buzuvis, Transsexual and Intersex Athletes, in Sartore-Baldwin (Hrsg.), Sexual Minorities in Sport: Prejudice at Play (2013) 55

Buzuvis, Hormone Check: Critique of Olympic Rules on Sex and Gender, Wisconsin Journal of Law, Gender and Society 2016, 29

Byne et al., Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder, Arch Sex Behav 2012, 41: 759–796

Chiland et al., A new type of family: transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow up exploratory study of their children. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2013;61:365–70.

Conradi/Wiesemann, Determination von Geschlecht im Sport – ein ethisches Problem, Hessisches Ärzteblatt 2009, 656

De Antoni, Intersexualität als Problem des Hochleistungssports (Diplomarbeit , 2011)

Dysart-Gale, Social Justice and Social Determinants of Health. Lesbian, Gay, Bisexual, Transgendered, intersexed, and Queer Youth in Canada, in: JCAPN Vol 23, No 1, Febr, 2010, 23–28

Edlbacher, Die Transsexualität im Zivil- und im Personenstandsrecht, ÖJZ 1981, 173

Fischer-Czermak in Kletečka/Schauer (Hrsg.), ABGB-ON – Kommentar zum Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch, §§ 160–163 ABGB^{1.03} (2017)

Fischer-Czermak, Zur Handlungsfähigkeit Minderjähriger nach dem Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001, ÖJZ 2002, 293

Garrett et al., Marriage and the Well-Being of Children. *Pediatrics* 2013, 559.

Gillam/Hewitt/Warne, Ethical Principles for the Management of infants with Disorders of Sex Development, in: *Horm Res Paediatr* 2010 74:412–418

Gössl, Intersexuelle Menschen und ihre personenstandsrechtliche Erfassung, *NZ Fam* 2016, 1122

Gottschamel, Die Regelung der Geschlechtsnamen, *AnwBl* 2015, 653

Graham, Navigating community Institutions: Black Transgender Women's Experiences in Schools, the Criminal Justice System, and Churches, in: *Sex Res Soc Policy* (2014) 11:274–287

Haidenthaller, Die Einwilligung Minderjähriger in medizinische Behandlungen, *RdM* 2001, 163

Hembree et al., Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2009; 94:3132–54

Hembree et al., Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2017, 102(11):1–35

Helms, Brauchen wir ein drittes Geschlecht? (2015)

Holzleithner, Geschlecht als Anerkennungsverhältnis, *juridikum* 2002, 107

Holzleithner, Sexuelle Selbstbestimmung als Individualrecht und als Rechtsgut. Überlegungen zu Regulierungen des Intimen als Einschränkung sexueller Autonomie, in *Lembke* (Hrsg.), *Regulierung des Intimen, Sexualität und Recht im modernen Staat* (2017)

Holzleithner, Bekleidungs Vorschriften und Genderperformance, *Gutachten für die Gleichbehandlungsanwaltschaft* (2015)

Höpfel/Ratz (Hrsg.), *Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch*, § 110 StGB (2016)

Houk/Lee, Update on disorders of sex development. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2012 Feb;19(1):28–32.

Institute of Medicine Committee on Lesbian Gay Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities (Hrsg.), *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People. Building a Foundation for Better Understanding* (2011)

Jaksch-Ratajczak, Gibt es in Österreich eine Ehe unter Gleichgeschlechtlichen? EF-Z 2006, 111

Jarass, Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2016)

Kipnis/Diamond, Pediatric ethics and the surgical assignment of sex, Journal of Clinical Ethics 1998, 398

Kopetzki, Transsexualität und das Wesen der Ehe, iFamZ 2008, 81

Kopetzki, Transsexuellen-Erlass – Aufhebung, RdM 2007, 56

Koziol/P. Bydlinski/Bollenberger (Hrsg.), Kurzkomentar zum ABGB (2017)

Kuyper, Transgenders in Nederland: prevalentie en attitudes. Tijdschrift voor Seksuologie 2012; 36: 129–135

Leischner-Lenzhofer in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht, I.23: Fortpflanzungsmedizin (2017)

Lettrari/Willer, Aktuelle Aspekte der Rechtslage für intersexuelle Menschen, in Schochow/Gerhmann/Steger (Hrsg.), Inter* und Trans* identitäten. Ethische, soziale und juristische Aspekte (2016) 257

Louis, Navigating community Institutions: Black Transgender Women's Experiences in Schools, the Criminal Justice System, and Churches, in: Sex Res Soc Policy (2014) 11:274–287

Mansh/Garcia/Mitchell/Lunn, From Patients to providers. Changing the Culture in Medicine Toward sexual and Gender Minorities, in: Acad Med Vo.90 (2015) No5:574–580

Matt, Überlegungen zur medizinischen Normalisierung intersexueller Kinder, juridikum 2006, 144

Meyer (Hrsg.), Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2014)

Meyer-Ladewig/Nettesheim/Von Raumer (Hrsg.), Europäische Menschenrechtskonvention (2017)

Meyer zu Hoberge, Prävalenz, Inzidenz und Geschlechterverhältnis der Transsexualität anhand der bundesweit getroffenen Entscheidungen nach dem Transsexuellengesetz in der Zeit von 1991 bis 200, in: Sektion für Sexualmedizin (2009).

Paris et al., Disorders of sex development: neonatal diagnosis and management. Endocr Dev. 2012;22:56–71

Petričević, Zur Legitimität von Geschlechternormierungen bei intersexuellen Minderjährigen, juridikum 2015, 427

Petričević, Rechtsfragen zur Intergeschlechtlichkeit (2017)

Powell/Foglia, The Time is Now. Bioethics and LGBT Issues in: *Hast Cent Rep Sept–Oct Suppl* 2014

Powell/Shapiro/Stein, Transgender Rights and Human Rights, in: *AMA Journal of Ethics* Nov. 2016, Vol 18, No11: 1126

Rauchfleisch, Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie (2009)

Rothärmel, Rechtsfragen der medizinischen Intervention bei Intersexualität, *MedR* 2006/5, 274

Rupp (Hrsg.), Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften. *Rechtstatsachenforschung* (2009)

Sandberg et al., Disorders of Sex Development (DSD): Networking and Standardization Considerations. *Horm Metab Res.* 2015 May;47(5):387–93

Schmidt, Das Recht »auf Anerkennung der selbstbestimmten geschlechtlichen Identität« gemäß Art. 2 I, 1 I GG im Hinblick auf den geschlechtlichen Personenstand, in *Schochow/Gerhmann/Steger* (Hrsg.), *Inter* und Trans*identitäten* (2016) 231

Siedenbiedel, Selbstbestimmung über das eigene Geschlecht, Rechtliche Aspekte des Behandlungswunsches transsexueller Minderjähriger (2016)

Solomon, Identity of Behavior. A Moral and Medical Basis for LGBTQ Rights, in: *Hast Cent Rep Sept–Oct Suppl* 4 (2014)

Streinz (Hrsg.), *Kommentar EUV/AEUV* (2012)

Theilen, The Long Road to Recognition: Transgender Rights and Transgender Reality in Europe, in *Schreiber* (Hrsg.), *Transsexualität in Theologie und Neurowissenschaften* (2016) 374

Tobler, Equality and Non-Discrimination under the ECHR and EU Law – A Comparison Focusing on Discrimination against LGBTI Persons, *ZaöRV* 2014, 521

Wiesemann, Ethical Guidelines for the Clinical Management of Intersex, in: *Sex Dev* (2010) 4:300–303

Wiesemann/Ude-Koeller/Sinnecker/Thyen, Ethical Principles and recommendations for the medical management of differences of sex development, in: *Eur J Pediatr* (2010) 169:671–679

Wylie et al., Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *Lancet* 2016; 388: 401–11

Materialien, Stellungnahmen und Positionspapiere

Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (Hrsg.), The fundamental rights situation of intersex people (2015); abrufbar unter http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-focus-04-intersex_en.pdf

Agius/Tobler in Europäische Kommission (Hrsg.), Trans- und Intersexuelle Menschen, Diskriminierung von trans- und intersexuellen Menschen aufgrund des Geschlechts, der Geschlechtsidentität und des Geschlechtsausdrucks (2011); abrufbar unter <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/9b338479-c1b5-4d88-a1f8-a248a19466f1>

Althoff/Schabram/Follmar-Otto, in Deutsches Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) Gutachten. Geschlechtervielfalt im Recht. Status quo und Entwicklung von Regelungsmodellen zur Anerkennung und zum Schutz von Geschlechtervielfalt (2017)

Baum, Sagen Sie bitte Profx. zu mir, in: FAZ vom 17.11.2014; abrufbar unter <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/debatten/profx-als-geschlechtergerechte-sprache-fuer-professoren-13268220.html>

Bora in Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Zur Situation intersexueller Menschen, Bericht über die Online-Umfrage des Deutschen Ethikrates (2012) 32; abrufbar unter <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/bora-zur-situation-intersexueller-menschen.pdf>

Bundesweiter Arbeitskreis TSG-Reform, Forderungspapier zur Reform des Transsexuellenrechts vom 1.6.2012 (2012); abrufbar unter http://atme-ev.de/images/texte/tsg-kritik/forderungspapier_ak%20tsg%20reform_1.6.2012_final.pdf

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung, Stand: 20.06.2017; abrufbar unter https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/8/8/CH1454/CMS1405604065941/empfehlungen_transsexualismus2017.pdf

Bundesministerium für Inneres, Ministerialerlass vom 12.1.2007 betreffend Transsexualität – Vorgangsweise nach Durchführung einer geschlechtsanpassenden Operation, VA 1300/0013-III/2/2007; abrufbar unter http://www.transx.at/Dokumente/TS-Erlass_BMI_2007.pdf

Bundesministerium für Inneres, Rundschreiben Namensbestimmung vom 18.03.2013, BMI-VA1300/73-III/2/2013; abrufbar unter <http://www.standesbeamte.at/system/web/GetDocument.ashx?fileid=210385>

Coleman et al., Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's standards of care for gender identity disorders (2011); abrufbar unter http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=3926

Coleman/Bockting/Botzer et al., Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. Int J Transgender 2012; 13: 165–232.

Commissioner for Human Rights, in: Council of Europe (Hrsg.), Human Rights and Intersex People, Issue Paper (2015); abrufbar unter <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=29335.21&SecMode=1&DocId=2367288&Usage=2>

Deutsche Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hrsg.), Bericht der unabhängigen Expert_innenkommission der Antidiskriminierungsstelle des Bundes »Gleiche Rechte – gegen Diskriminierung aufgrund des Geschlechts« (2015); abrufbar unter http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Handlungsempfehlungen_Kommission

Deutsche Bundesärztekammer (Hrsg.), Stellungnahme zur »Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)«, deutsches Ärzteblatt 2015, 122; abrufbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/BAeK-Stn_DSD.pdf

Deutsches Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Situation trans- und intersexueller Menschen im Fokus – Sachstandinformation des BMFSFJ (2016); abrufbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/112092/46d6be33eb8f2b5d2ee81488da03029c/situation-von-tans--und-intersexuellen-menschen-im-fokus-data.pdf>

Deutsches Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Geschlecht im Recht (2017); abrufbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/117646/0fe2c0083b47d0fb4c67f2fd71f2e0d6/geschlecht-im-recht---fachaustausch-gesetzliche-handlungsbedarfe-zur-erkennung-und-zum-schutz---data.pdf>

Deutsches Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Geschlechtliche Vielfalt im öffentlichen Dienst (2017); abrufbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/116512/6abd8461a02edeb27e59118432c0136b/geschlechtliche-vielfalt-im-oeffentlichen-dienst-data.pdf>

Deutscher Bundesrat, Drucksache 29/14 (Beschluss); abrufbar unter <http://www.bundesrat.de/SharedDocs/beratungsvorgaenge/2014/0001-0100/0029-14.html?nn=4353102>

Deutscher Bundestag, Drucksache 18/12179 (Gesetzesentwurf); abrufbar unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/121/1812179.pdf>

Deutscher Bundestag, Drucksache 18/12783 (Antrag); abrufbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/127/1812783.pdf>

Deutscher Bundestag (Hrsg.), Ausarbeitung des wissenschaftlichen Dienstes: Intersexualität/ Transsexualität und Olympische Wettkämpfe, WD 10 - 3000 - 063/13 (2013); abrufbar unter <https://www.bundestag.de/blob/411774/a07dbf7222c3698b4e585c6705007a9f/wd-10-063-13-pdf-data.pdf>

Deutscher Bundestag (Hrsg.), Unterrichtung durch den deutschen Ethikrat. Stellungnahme des Deutschen Ethikrates »Intersexualität« vom 14.2.2012, Drucksache 17/9088; abrufbar unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/17/090/1709088.pdf>

Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Intersexualität. Stellungnahme vom 23.2.2012 (2012); abrufbar unter <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-intersexualitaet.pdf>

Deutsches Institut für Menschenrechte, Stellungnahme. Regelungsbedarfe zur Stärkung und zum Schutz der Rechte intergeschlechtlicher Kinder (2017); abrufbar unter http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/DIMR_Stellungnahme_Regelungsbedarfe_zur_Staerkung_und_zum_Schutz_der_Rechte_intergeschlechtlicher_Kinder_31Mai17.pdf

European Commission, List of actions by the Commission to advance LGBTI equality; abrufbar unter http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/lgbti_actionlist_en.pdf

European Union Agency for Fundamental Rights, Aktualisierter Bericht zum Rechtsschutz für LGBTI-Personen in der EU vom 11. 12. 2015; abrufbar unter <http://fra.europa.eu/de/press-release/2015/aktualisierter-bericht-zum-rechtsschutz-fur-lgbti-personen-der-eu>

Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Access to fertility services by transgender persons: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril* 2015 Nov;104(5):1111-5

Greif in Gleichbehandlungsanwaltschaft (Hrsg.), Diskriminierung von transidenten Personen – Diskriminierung aufgrund des Geschlechts? (2009); abrufbar unter <http://www.gleichbehandlungsanwaltschaft.at/DocView.axd?CobId=39144>

International Association of Athletics Federations (Hrsg.), IAAF Regulations governing Eligibility of Athletes which have undergone Sex Reassignment to compete in Women's Competition (2011)

International Olympic Committee (Hrsg.), Statement of the Stockholm consensus on sex reassignment in sports (2003)

International Olympic Committee (Hrsg.), IOC Regulations on Female Hyperandrogenism (2012)

International Olympic Committee (Hrsg.), IOC Consensus Meeting on Sex Reassignment and Hyperandrogenism (2015)

Intersex Society of North America (Hrsg.), Recommendations for Treatment (1994); abrufbar unter <http://www.isna.org/node/138>

Kommenda/Özkan, Bekommt auch Österreich das dritte Geschlecht?, in *Die Presse* vom 8.11.2017; abrufbar unter <http://diepresse.com/home/innenpolitik/5316908/Bekommt-auch-Oesterreich-das-dritte-Geschlecht>

Lee/Houk/Ahmed/Hughes, International Consensus Conference on Intersex organized by the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Paediatric Endocrinology. Consensus statement on management of intersex disorders. *International Consensus Conference on Intersex. Pediatrics* 2006;118:e488–500.

Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (Hrsg.), Positionspapier: Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen der Geschlechtsidentität (Geschlechtsdysphorie, »Transgender«) (2014); abrufbar unter http://www.paediatric.at/home/Spezialbereiche/Endokrinologie_und_Diabetes/Positionspapier--Betreuung-von-Kindern-und-Jugendlichen-mit.php

Parlamentarische Versammlung des Europarats, Resolution 2048 (2015) vom 22.4.2015:
»Discrimination against transgender people in Europe«; abrufbar unter
<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=21736&lang=en>

Reinsch, FAZ vom 20.08.2016, Der Fall Semenya entzweit die Leichtathletik; abrufbar unter
<http://www.faz.net/aktuell/sport/olympia/der-fall-caster-semenya-entzweit-die-leichtathletik-auch-bei-olympia-in-rio-14396594.html>

Remus in Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland (2012); abrufbar unter <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/remus-stellungnahme-intersexualitaet.pdf>

Richter-Appelt, Intersexualität – Leben zwischen den Geschlechtern: Erfahrungen aus dem Hamburger Forschungsprojekt (2010); abrufbar unter http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/fb_2010-06-23_richter-appelt_referat.pdf

Schweizer, Intersexualität anerkennen statt auszulöschen, in Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Intersexualität im Diskurs (2012) 29; abrufbar unter <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/dokumentation-intersexualitaet-im-diskurs.pdf>

Vöneky/Wilms in Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland (2011); abrufbar unter <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/voenky-wilms-stellungnahme-intersexualitaet.pdf>

UN Committee Against Torture, Concluding observations on the sixth periodic report of Austria (2015), CAT/C/AUT/CO/6; abrufbar unter <http://www.refworld.org/docid/568fb7574.html>

World Health Organization (Hrsg.), International Classification of Diseases-10, Chapter V, F64 (2016); abrufbar unter <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F60-F69>

Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche und transgender Lebensweisen (Hrsg.), Broschüre Trans*Identitäten (2013); abrufbar unter <https://www.wien.gv.at/menschen/queer/pdf/broschuere-transidentitaeten.pdf>

Abkürzungen

a. a. O.	am angegebenen Ort
ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch, JGS 1811/946
ABl.	Amtsblatt der Europäischen Union
Abs.	Absatz
AGS	Adrenogenitales Syndrom
Art.	Artikel
ÄrzteG	Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte, BGBl. I Nr. 1998/169
ASVG	Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung, BGBl. 1955/189
BGBL.	Bundesgesetzblatt
B-GIBG	Bundesgesetz über die Gleichbehandlung im Bereich des Bundes, BGBl. 1993/100
BlgNR	Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrats
BGH	(deutscher) Bundesgerichtshof
BMI	Bundesministerium für Inneres
BVerfG	(deutsches) Bundesverfassungsgericht
bzw.	beziehungsweise
CAIS	komplette Defekte der Rezeptoren für Testosteron an den Zielzellen
CAT	UN-Komitee gegen Folter
d	deutsch (vor einer anderen Abkürzung)
ders., dies.	derselbe, dieselbe
d. h.	das heißt
DSD	differences of sex development
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
dPStG	Personenstandsgesetz 2007, dBGBL. I 2007/122
EheG	Gesetz zur Vereinheitlichung des Rechts der Eheschließung und der Ehescheidung im Lande Österreich und im übrigen Reichsgebiet, dRGBL. I 1938/807
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
EPG	Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft, BGBl. I 2009/135
Erl.	Erlass
EuGH	Gerichtshof der Europäischen Union
EStG	Einkommenssteuergesetz
ErläutRV	Erläuterungen zur Regierungsvorlage
etc.	et cetera
f., ff.	und der/die folgende(n)
FMedG	Bundesgesetz, mit dem Regelungen über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung getroffen sowie das allgemeine bürgerliche Gesetzbuch, das Ehegesetz und die Jurisdiktionsnorm geändert werden, BGBl. 1992/275
FMedRÄG	Bundesgesetz, mit dem das Fortpflanzungsmedizingesetz, das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch, das Gentechnikgesetz und das IVF-Fonds-Gesetz geändert werden, BGBl. I 2015/35
GAW/GBK-Gesetz	Bundesgesetz über die Gleichbehandlungskommission und die Gleichbehandlungsanwaltschaft, BGBl. 1979/108
gem.	gemäß

ggf.	gegebenenfalls
GIBG	Bundesgesetz über die Gleichbehandlung, BGBl. I 2004/66
GP	Gesetzgebungsperiode
GRC	Charta der Grundrechte der Europäischen Union vom 18. 12. 2000, ABl C 2000/364,1
Hrsg.	Herausgeber
ICD	International Classification of Diseases
i. d. F.	in der Fassung
IPBPR	Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte, BGBl. 1978/591
leg. cit.	legis citatae (des zitierten Gesetzes)
lit.	littera
lt.	laut
LVerwG OÖ	Landesverwaltungsgericht Oberösterreich
MA	Magistratsabteilung
m. w. N.	mit weiteren Nachweisen
NÄG	Bundesgesetz vom 22. März 1988 über die Änderung von Familiennamen und Vornamen BGBl. 1988/195
OGH	Oberster Gerichtshof
OLG	Oberlandesgericht
PAIS	partielle Defekte der Rezeptoren für Testosteron an den Zielzellen
PStG	Bundesgesetz über die Regelung des Personenstandswesens, BGBl. I 2013/16
RGBl.	Reichsgesetzblatt
Rn.	Randnummer
Rs.	Rechtssache
Rz.	Randziffer
S.	Satz
Slg.	Sammlung
StGB	Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen, BGBl. 1974/60
u. a.	unter anderem, und andere
u. U.	unter Umständen
udgl.	und dergleichen
UFS	Unabhängiger Finanzsenat
UN-KRK	UN-Kinderrechtskonvention, BGBl. 1993/7
usw.	und so weiter
VfGH	Verfassungsgerichtshof
VfSlg.	Sammlung der Erkenntnisse und wichtigsten Beschlüsse des Verfassungsgerichtshofes
vgl.	vergleiche
VwGH	Verwaltungsgerichtshof
VwSlg.	Sammlung der Erkenntnisse und wichtigsten Beschlüsse des Verwaltungsgerichtshofes
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WHO	World Health Organisation
Z.	Ziffer
z. B.	zum Beispiel

Mitglieder der Bioethikkommission 2017–2020

Vorsitzende

Dr. Christiane Druml

Stv. Vorsitzender

Univ.-Prof. Mag. Dr. Markus Hengstschläger

Stv. Vorsitzender

Univ.-Prof. Dr. h.c. Dr. Peter Kampits

Univ.-Prof. DDr. Matthias Beck

Univ.-Prof. Dr. Alois Birklbauer

Dr. Andrea Bronner

Univ.-Prof. Dr. Christian Egarter

Dr. Thomas Frühwald

Prim. Dr. Ludwig Kaspar

Univ.-Prof. Dr. Lukas Kenner

Dr. Maria Kletecka-Pulker

Univ.-Prof. Dr. Ursula Köller MPH

Univ.-Prof. Mag. Dr. Michael Mayrhofer

Univ.-Prof. Dr. Johannes Gobertus Meran MA

Dr. Stephanie Merckens

Univ.-Prof. Dr. Siegfried Meryn

Univ.-Prof. Dr. Christina Peters

Univ.-Prof. Mag. Dr. Barbara Prainsack

Univ.-Prof. DDr. Walter Schaupp

Univ.-Prof. Dr. Andreas Valentin MBA

Dr. Klaus Voget

Univ.-Prof. Dr. Ina Wagner

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner MBA

Univ.-Prof. Dr. Christiane Wendehorst LL.M

Univ.-Prof. Dr. Gabriele Werner-Felmayer

Biore