

Empfehlungen

für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie von Kindern und Jugendlichen nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM- bzw. ICD-Fassung

Stand: 14/12/2017

Autorinnen und Autoren: L. Thun-Hohenstein¹, B. Hackenberg², S. Riedl³, H. P. Bangerl⁴, M. Fuchs⁵, E. Gottardi-Butturini⁶

Präambel

Im Februar 2015 hat das BMG „Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus“ veröffentlicht, die von einer vom BMG einberufenen multiprofessionellen Gruppe von Expertinnen und Experten unter Einbindung des für Personenstandsrecht zuständigen BMI erstellt worden waren und die aus dem Jahr 1997 stammenden, bis dahin gültigen Empfehlungen ablösen. Diese Empfehlungen gelten nur für Personen ab Eintritt der Volljährigkeit. Aufgrund der Besonderheiten von Transidentität und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter und den speziellen Bedürfnissen dieser Zielgruppe sind detaillierte eigene Empfehlungen erforderlich, die den naturgemäß höheren Anforderungen zur Vermeidung irreversibler Fehleinschätzungen im diagnostischen Prozess genügen.

Nach der neuen Ausgabe des „Diagnostic and Statistical Manual“ ([DSM-5](#)) der American Psychiatric Association wird das Leiden unter dem, dem Geburtsgeschlecht entgegengesetzten, Geschlechtsempfinden als ‚Geschlechtsdysphorie im Kindesalter‘ (302.6) bzw. ‚Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen‘ (302.85) diagnostiziert. Laut „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ ([ICD-10](#)) fällt diese Diagnose unter ‚Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter‘ ([F64.2](#)) bzw. ab Pubertätsalter und bei Erwachsenen unter ‚Transsexualismus‘ ([F64.0](#)).

¹ Univ.Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinikum Salzburg, PMU

² Univ.Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, MUW

³ Univ.Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, MUW

⁴ Praxis für Psychotherapie, Mediation und Supervision, Wien

⁵ Univ.Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinikum Innsbruck

⁶ Univ.Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Universitätsklinikum Salzburg, PMU

Das Personenstandsrecht sieht seit einem Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes vom 27.02.2009 ([Zahl 2008/17/0054](#)) die Möglichkeit einer Personenstandsänderung unabhängig von somatischen Maßnahmen vor. Im Gegensatz zu der für Erwachsene eingeräumten Wahlfreiheit, eine hierzu benötigte Stellungnahme entweder von einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Psychiatrie⁷, einer Klinischen Psychologin bzw. einem Klinischen Psychologen ODER einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten einzuholen (siehe Exkurs Personenstandsrecht Erwachsene S. 10), bedarf es bei Minderjährigen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres eines multidisziplinären Konsensus durch ein im Kinder- und Jugendbereich geschultes Behandlungsteam⁸.

Den behandelnden Gesundheitsberufen wird nach Erlangen der jeweiligen Berufsberechtigung eine kontinuierliche zweijährige Berufserfahrung dringend empfohlen. Diese werden in Folge als Fachkräfte bezeichnet.

Die vorliegenden österreichischen Empfehlungen entsprechen den Betreuungsrichtlinien „Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People“ der World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 7th Version 2012⁹, und den „Klinisch-Praktischen Richtlinien“ der Endocrine Society 2017¹⁰.

Hintergrund

Besonderheiten von Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen

Zwischen Kindern und Jugendlichen existiert eine Bandbreite an Erscheinungsformen und Entwicklungsverläufen, insbesondere bei präpubertären Kindern. Insofern bedarf es spezifischer Versorgungsempfehlungen für die Diagnostik und Behandlung. Wesentlich ist, dass die Geschlechtsdysphorie im Kindesalter nur in etwa 20 % bis ins Erwachsenenalter persistiert. Bei den übrigen Kindern kommt eine spätere homosexuelle Orientierung überdurchschnittlich häufig vor. Andererseits ist das Fortbestehen von Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen bis ins Erwachsenenalter viel häufiger zu finden. Ein weiterer Unterschied besteht im Geschlechtsverhältnis,

⁷ bzw. einem Facharzt/ einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder einem Facharzt/einer Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie/Neurologie und Psychiatrie

⁸ Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit Additivfach Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie, Psychiatrie und Neurologie“/ „Neurologie und Psychiatrie

Fachärztin bzw. einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und andere Fachärztinnen/Fachärzte, Klinische Psychologinnen/Klinische Psychologen und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (möglichst nicht in Personalunion)

⁹ Coleman et al. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. International Journal of Transgenderism 13:165–232

¹⁰ Hembree et.al. (2017) Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 102:3869-3903

das bei Kindern vor der Pubertät etwa bei 6:1 Knaben zu Mädchen und ab der Pubertät ca. bei 1:1 liegt.

Unbehagen am eigenen Geschlecht bzw. die Überzeugung, das entgegengesetzte Geschlecht zu besitzen, kann ab dem Alter von 2–4 Jahren auftreten. Während bei den meisten Kindern die Geschlechtsdysphorie mit der Pubertät verschwindet, verstärkt sie sich bei einigen Jugendlichen bis hin zu einer intensiven Abneigung gegen den eigenen Körper. Viele entwickeln den Wunsch nach einer gegengeschlechtlichen hormonellen Behandlung und/oder zu chirurgischen geschlechtsangleichenden Maßnahmen. Oft wird beispielsweise i.R. eines Schulwechsels der soziale Rollenwechsel vollzogen.

Bei Kindern wie Jugendlichen kommt es relativ häufig zu begleitenden internalisierenden Störungen wie Ängsten, Depressionen und Verhaltensstörungen und es können Autismus-Spektrum-Störungen häufiger assoziiert sein. Bei Jugendlichen treten zusätzlich externalisierende Störungen wie oppositionelles Verweigerungsverhalten auf.

Anforderungen an das Betreuungsteam

Grundsätzlich sollte im Team Einigkeit über die grundsätzliche Haltung gegenüber der Thematik herrschen. Transidentität ist nicht per se pathologisch und behandlungsbedürftig. Damit den betroffenen Kindern und Jugendlichen ein Weg des Umgangs geboten und über das Gesundheitssystem finanziert werden kann, werden Diagnosen gestellt. **Die Kinder und Jugendlichen benötigen in erster Linie Begleitung in der Adaptation ihrer Bedürfnisse an die Realität.** Geschlechtsdysphorie ist die Folge der Diskrepanz des inneren Erlebens, der Möglichkeit der Geschlechtsrollengestaltung und den Umweltreaktionen.

Der Behandlungsprozess, die diagnostische Einschätzung und psychosoziale Betreuung sollen durch ein multidisziplinäres Team durchgeführt werden. Die behandelnden Gesundheitsberufe, nämlich Fachkräfte mit mehrjähriger Erfahrung in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen, müssen mit den Thematiken der Geschlechts-Nichtkonformität, Transgender, Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus vertraut sein und sich kontinuierlich in diesen Bereichen weiterbilden. Die Aufklärung über körperliche Interventionen erfolgt gemeinsam mit einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit Additivfach Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie.

Kompetenzen von Fachkräften für psychische Gesundheit

Neben der grundlegenden Qualifikation im Ausbildungsfach muss die Person im Bereich der Entwicklungspsychopathologie im Kindes- und Jugendalter ausgebildet sowie befähigt sein, die gängigen Probleme im Kindesalter zu diagnostizieren und zu behandeln.

Aufgabenbereiche der Fachkräfte für psychische Gesundheit

- Diagnostische Einschätzung
- Bereitstellung von Beratungsangeboten und unterstützender Psychotherapie/Klinischer Psychologie, um die eigene Geschlechtsidentität zu erkunden, den mit der Geschlechtsdysphorie einhergehenden Leidensdruck zu lindern und andere psychosoziale Schwierigkeiten zu verbessern.
- Diagnostik und Behandlung von begleitend auftretenden Problemen der psychischen Gesundheit
- Überweisung von Jugendlichen an Fachärzte bzw. Fachärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde mit Additivfach Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie
- Weiterbildung und Einsatz für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie und ihre Familien in ihrem sozialen Umfeld (z.B. Kindergarten, Schule, Hort etc.)
- Informationen bzgl. Unterstützung durch Peer-Support, Selbsthilfe-Gruppen für Oborgereberechtigte
- bei Bedarf Zusammenarbeit mit Institutionen und ExpertInnen der Kinder- und Jugendhilfe

Multiprofessionelle Diagnostik

Der Diagnoseprozess gliedert sich in mehrere Phasen, wie in Abb. 1 beschrieben:

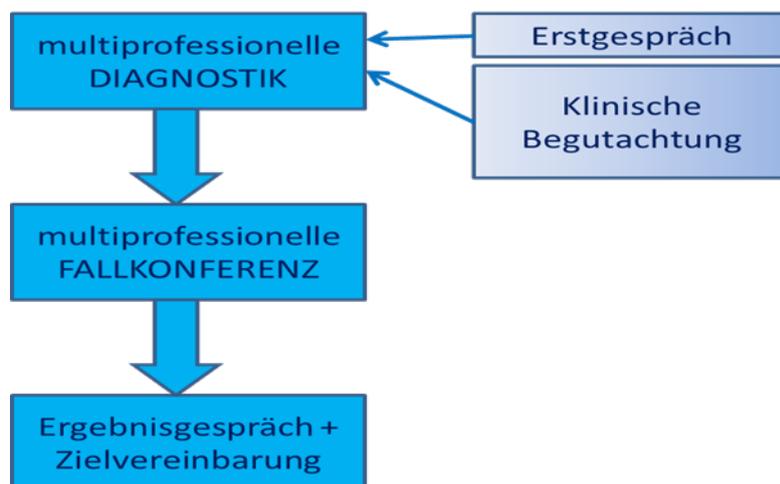


Abbildung 1. Diagnoseprozess

Zur Abklärung ist ein dreiteiliger diagnostischer Prozess durch folgende Fachrichtungen sowie eine begleitende Psychotherapie erforderlich¹¹:

¹¹ In Anlehnung an folgende Leitlinien und Empfehlungen::

- Nier, T. O., Briken, P., Richter-Appelt, H. (2013). Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. Psych up2date; 373-388

1. Kinder- und Jugendpsychiatrie:

- a) Beschreibung der Geschlechtsentwicklung (inkl. Sexualanamnese) sowie Entwicklung der Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle, individuelles Körpererleben, Wunsch nach Geschlechtsangleichung, Leidensdruck (Depression, Suizidalität etc.), psychiatrische Komorbidität
- b) Peer-Group: Beziehungen, Integration, Ressourcen in Bezug auf das konkrete Problem, Bedrohungen
- c) Psychodiagnostik
- d) Reaktionen d. Obsorgeberechtigten/sozialen Umfeldes; Resilienzerfassung des bzw. der Betroffenen, Ressourcen der Familie und des sozialen Umfeldes, Bewältigung von Entwicklungsaufgaben etc.
- e) Stellungnahme im Sinne der Bestätigung der Trans-Situation und der Notwendigkeit des weiteren spezifischen Prozederes

2. Klinische Psychologie:

- a) spezifische Testdiagnostik
- b) Differentialdiagnose verwandter Zustände und Diagnose bzw. Ausschluss von Komorbiditäten, emotionale und Verhaltensprobleme, intellektuelle Funktionsbereiche/schulische Leistungen, soziale Kompetenz, familiäres Funktionsniveau

3. Pädiatrische Endokrinologie:

- a) Abklärung einer Variante der Geschlechtsentwicklung (Intersex)
- b) Beurteilung des Pubertätsstadiums und Verlaufskontrollen
- c) Risikoscreening bzgl. allfälliger späterer hormoneller Behandlung

Psychotherapeutische Diagnose

Gemäß der Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten¹² erfolgt die psychotherapeutische Diagnose in den Dimensionen

1. Symptomatik in Relation zur Persönlichkeit;
2. psychotherapeutische Beziehung;
3. Krisenhaftigkeit

Damit ist die psychotherapeutische Diagnose auch eine Verlaufsdiagnose und kann zu jedem Zeitpunkt in den oben beschriebenen Dimensionen Auskunft über den Zustand des Patienten zu jeder Zeit geben.

-
- Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität – Themenheft (2016). Psychologie in Österreich (2016):36(4)
 - Adelson S.L. (2012). Practice parameter on gay, lesbian or bisexual orientation, gender nonconformity and gender discordance in children and adolescents. J Am Acad Child Adol Psychiatry 51(9)957-974

¹² Begriffsklärungen und Leitlinien zur psychotherapeutischen Diagnostik des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates vom 15. Juni 2004, veröffentlicht im Psychotherapie Forum, Vol. 13, Suppl. 3, Nr. 3/2005, S 82ff sowie in den Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, Heft 7/2005, S 3

Multiprofessionelle Fallkonferenz¹³

Das Ergebnis des diagnostischen Prozesses im Besonderen in Bezug auf die Indikationsstellung für weitere Behandlungsschritte wird im Rahmen einer multiprofessionellen **Fallkonferenz** diskutiert, an der alle involvierten Fachkräfte teilnehmen. Ziel der Fallkonferenz ist die Erstellung einer Zusammenschau aller anamnestischen und diagnostischen Informationen und die gemeinsame Indikationsstellung zu einer etwaigen Geschlechtsangleichung. Nach erfolgter Indikationsstellung erfolgt die Erarbeitung eines Vorschlages zur Durchführung der Betreuung.

Der diagnostische Prozess wird abgeschlossen durch ein Informationsgespräch mit betroffenem Kind/Jugendlichem und ihrer bzw. seiner Familie oder Sorgeberechtigten, nach Möglichkeit durch alle an der Fallkonferenz Beteiligten. Durch die interdisziplinäre Fallkonferenz ist eine Zweitstellungnahme einer/eines Fachärztin/Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. einer/eines nicht zwingend nötig, bei Uneinigkeit aber empfohlen.

Das multiprofessionelle Team hat jedenfalls vor jedem weiteren medizinischen Schritt des Transitionsprozesses gemeinsam mit den Betroffenen und den Sorgeberechtigten eine evidenzbasierte Entscheidung zu treffen.

Beratungs- und Behandlungsprozess

Es ist, im Kreis der Fachkräfte verbindlich festzulegen, wer die Koordination der verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Schritte verantwortlich übernehmen und mit den Sorgeberechtigten absprechen wird.¹⁴ Der Beratungsprozess kann/soll von Anfang an parallel zu den diagnostischen Schritten beginnen und kontinuierlich andauern. In Abbildung 2 ist der Behandlungsprozess abgebildet. Bis zum 14. Lebensjahr ist die Zustimmung der Sorgeberechtigten zwingend nötig, bei nachhaltig beeinträchtigenden Maßnahmen, wie die partiell reversible Hormonbehandlung, bis 18 Jahre ebenfalls.

¹³ Hembree et.al. (2017) Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 102:3869-3903

¹⁴ Adelson S. L. (2012). Practice parameter on gay, lesbian or bisexual orientation, gender nonconformity and gender discordance in children and adolescents. J Am Acad Child Adol Psychiatry 51(9)957-974

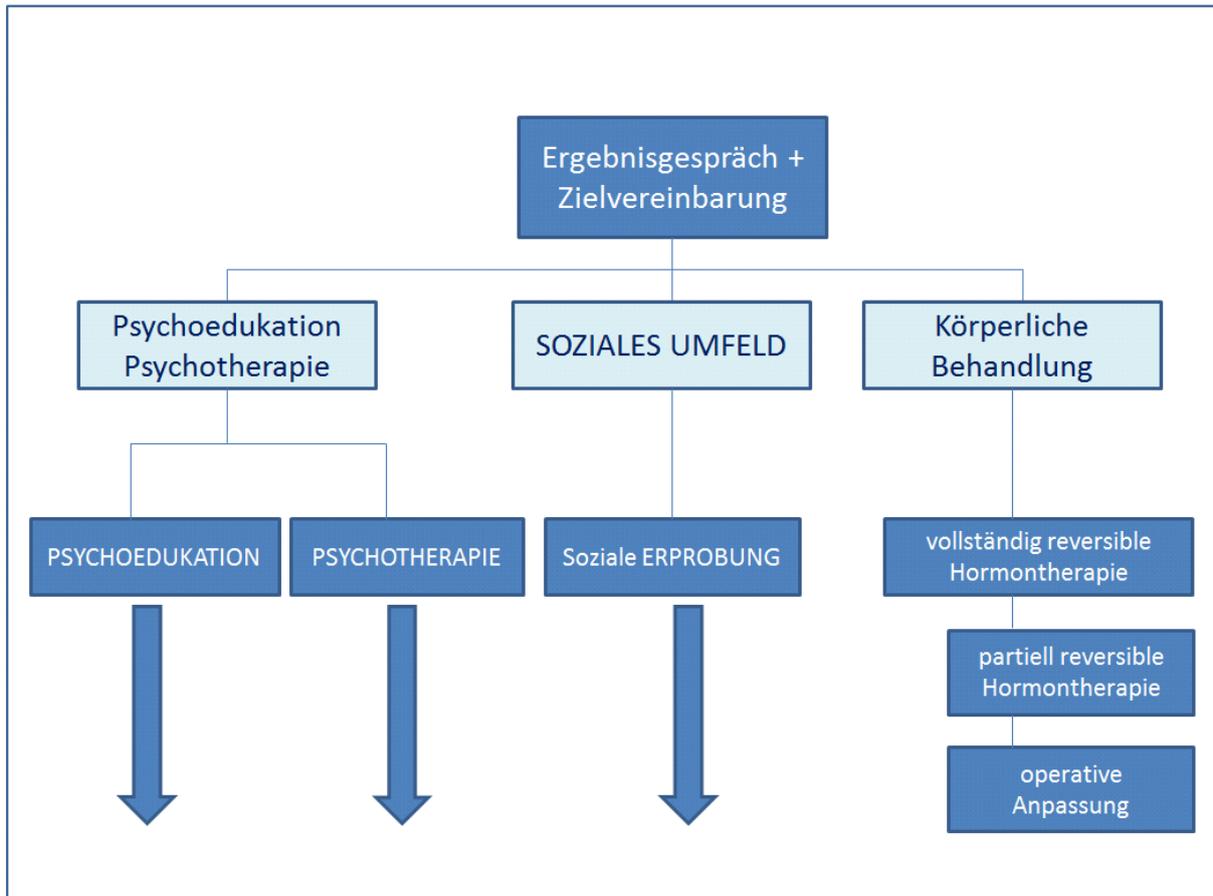


Abbildung 2. Behandlungsprozess

1. Psychoedukation: Darstellung und Differenzierung der klinischen Situation, ethische, rechtliche und medizinisch-psycho-soziale Vorgehensalternativen

2. Psychotherapie/Klinisch-Psychologische Behandlung: Reduktion der Genderdysphorie, ergebnisoffene Begleitung des Wunsches nach Geschlechtsrollenwechsel, Hilfestellung bei Geschlechtsrollenwechsel etc. Insbesondere gedacht als Unterstützung während der sozialen Erprobung im Finden einer individuellen Geschlechtsidentität.

Die **Psychotherapie**, die bereits ab Beginn der Diagnostik parallel begonnen werden kann/soll, dient neben der essentiellen professionellen Betreuung der Geschlechtsdysphorie auch der verlaufdiagnostischen Beurteilung der Wahrscheinlichkeit, ob es sich um einen dauerhaften Zustand handelt.

3. Soziale Erprobung: darunter wird der Rollenwechsel ins Wunschgeschlecht verstanden. Dieser Rollenwechsel soll nur unter klinisch-psychologischer bzw. psychotherapeutischer Begleitung und Unterstützung von Kind/Jugendlichem und Familie stattfinden. Dabei geht es um die Realitätsüberprüfung des inneren Wunsches im sozialen Umfeld und die Reflexion der gemachten Erfahrungen und Adaptationsmöglichkeiten des persönlichen Verhaltens der Betroffenen oder des Umfelds.

Bezüglich des Geschlechtsrollenwechsels während der Kindheit (konkret vor der Pubertät) gibt es keine Empfehlungen, denn es fehlen Outcome-Studien mit betroffenen Personen, die schon in der Kindheit die Geschlechtsrolle gewechselt haben. Allfällige Entscheidungen obliegen dem betreuenden multidisziplinären Team in Zusammenarbeit mit Betroffenen und Obsorgeberechtigten.

4. Körperliche Interventionen: Frühestens kann dieser Prozess nach dem Informationsgespräch am Ende der diagnostischen Phase nach Pubertätseintritt beginnen. Prinzipiell handelt es sich um ein schrittweises Vorgehen, um Optionen während der ersten zwei Schritte offen zu halten. Der Schritt zur nächsten Stufe sollte erst erfolgen, wenn die Jugendlichen und deren Obsorgeberechtigten ausreichend Zeit hatten, Auswirkungen vorhergehender Interventionen vollständig zu verarbeiten und das Ausmaß künftiger Interventionen in vollem Umfang abschätzen zu können. Bei Kindern vor der Pubertät liegt das Hauptaugenmerk auf der ergebnisoffenen klinisch-psychologischen oder psychotherapeutischen Begleitung. Nach dem Pubertätseintritt besteht die Möglichkeit einer zweistufigen hormonellen Behandlung mit Unterdrückung zunächst der körpereigenen Pubertätsentwicklung und später Beginn der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung. Für beide Indikationsstellungen müssen stringente Kriterien zur Anwendung kommen.

Formen der körperlichen Interventionen¹⁵

Vollständig reversible Interventionen

Um mehr Zeit zur Erkundung der Geschlechtsidentität zu gewinnen und um später unerwünschte Geschlechtsmerkmale zu unterdrücken, kann ab einem Pubertätsstadium Tanner 2–3 eine pubertätsbremsende Therapie mit GnRH-Analoga angeboten werden. Jugendliche, die sich für eine solche Therapie qualifizieren, erleben typischerweise eine zunehmende Geschlechtsdysphorie mit Einsetzen der Pubertät. Wesentlich sind eine laufende klinisch-psychologische bzw. psychotherapeutische Begleitung und die unterstützende Einbeziehung der Familie bzw. Erziehungsberechtigten. Während der pubertätsunterdrückenden Therapie bedarf es regelmäßiger pädiatrisch endokrinologischer Kontrollen mit besonderem Augenmerk auf Stoffwechsel, Knochengesundheit und Körpergröße. Insgesamt kann eine frühe Pubertätsarretierung die Geschlechtsdysphorie effektiv lindern, physische Nebenwirkungen müssen aber bedacht werden. Insbesondere soll die Verhinderung bzw. Beeinträchtigung der Fertilität durch eine Hormontherapie aktiv angesprochen und gegebenenfalls, insbesondere bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit Beginn der

¹⁵ Hembree et.al. (2017) Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 102:3869-3903

Pubertätsunterdrückung in einem späteren Pubertätsstadium, die Möglichkeit von Vorsorgemaßnahmen, z.B. Spermienasservierung, nahegelegt werden.

Partiell reversible Interventionen

Üblicherweise wird diese Behandlung ab einem Alter von 16 Jahren empfohlen, möglichst mit Einverständnis der Obsorgeberechtigten. Im Unterschied zur Hormonbehandlung bei Erwachsenen wird die feminisierende/maskulinisierende Therapie der somatischen und emotionalen Entwicklung angepasst und die Dosis einschleichend im Sinne einer Pubertätsinduktion begonnen und sukzessive gesteigert. Wieder ist auf die nachhaltige Beeinträchtigung bzw. den Verlust der Fertilität hinzuweisen.

Irreversible Interventionen

Operationen an den Genitalien sollen erst ab Volljährigkeit durchgeführt werden, nachdem die betroffene Person zumindest ein Jahr kontinuierlich in der angestrebten Geschlechtsrolle gelebt hat. Eine Mastektomie kann nach einer angemessenen Zeit des Lebens in der gewünschten Geschlechtsrolle, wobei das Wachstum abgeschlossen sein muss, bereits vor der Volljährigkeit durchgeführt werden (im Falle einer Hormonbehandlung, vorzugsweise nach der Dauer eines Jahres).

Dokumentation

Der gesamte Behandlungsverlauf ist nachvollziehbar zu dokumentieren, in Papierform und ergänzend elektronisch. Die Protokolle der interdisziplinären Fallkonferenzen zur Entscheidungsfindung über weitere Behandlungsschritte haben dabei einen besonderen Stellenwert.

Stellungnahmen sind konsensuell zu erstellen und von der bzw. dem jeweiligen Fallführenden¹⁶ zusammenzufassen.

Bestätigungen, Stellungnahmen für offizielle Stellen bzw. Behörden

Spezifische Stellungnahmen oder Bestätigungen für offizielle Stellen bzw. Behörden, aus denen die diagnostische Zuordnung und die Inkongruenz mit dem äußeren Erscheinungsbild hervorgehen, können im Konsens von einer der behandelnden Fachkräfte ausgestellt werden.

Transition¹⁷

Der Transitionsprozess aus der Jugendbetreuung in die Erwachsenenbetreuung ist spätestens im Alter von 16 Jahren zu beginnen:

¹⁶ Die/der Fallführende ist eine/ein von der Patientin/dem Patienten selbst bestimmte Vertreter/bestimmter Vertreter der bereits eingebundenen Fachkräfte.

¹⁷ Transitionsmedizin: Übergang von kinder- und jugendmedizinischer in erwachsenen-medizinische Betreuung (2016). Pädiatrie und Pädologie 51(S1):10-15

- Aufklärung von Jugendlichen und Familie über die weitere Betreuung durch das Erwachsenenteam
- Vorbereiten der psychiatrischen, endokrinologischen, psychologischen bzw. psychotherapeutischen Übergabe (die psychologische/psychotherapeutische Begleitung kann durch dieselben Fachkräfte fortgeführt werden)
- Übergabegespräch mit dem Erwachsenenteam, bei dem neben betroffenem Jugendlichen und Familie idealerweise das bisher betreuende Team anwesend ist

Das Management der Transition obliegt der bzw. dem jeweils zuständigen Fallführenden.

Exkurs: Personenstandsänderung bei Erwachsenen

Die Rechtsordnung berücksichtigt nach derzeitigem Stand „Transsexualität“ nicht ausdrücklich. Das Personenstandsgesetz normiert in § 41, dass Beurkundungen zu ändern sind, wenn sie nach der Eintragung unrichtig geworden sind. Die folgenden Kriterien für eine Personenstandsänderung beruhen auf dem Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes (VwGH) vom 27.02.2009, Zahl 2008/17/0054.

Voraussetzung zur Bewilligung einer Personenstandsänderung, die in Österreich unabhängig von somatischen Maßnahmen erfolgen kann, ist eine Stellungnahme einer Fachärztin/eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder einer Klinischen Psychologin/eines Klinischen Psychologen oder einer Psychotherapeutin/eines Psychotherapeuten, welche folgende Punkte enthält:

- die Diagnose Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus in der Klassifikation der derzeit gültigen Fassung des DSM bzw. ICD;
- die Feststellung, dass die Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus ohne Behandlung aus heutiger Sicht mit sehr großer Wahrscheinlichkeit als dauerhaft und irreversibel eingestuft werden kann;
- die Mitteilung, dass sich das äußere Erscheinungsbild der innerpsychisch empfundenen Geschlechtsidentität angenähert hat.