



JUSTITSMINISTERIET

Politi- og Strafferetsafdelingen

Dato: 27. februar 2014

Sagsnr.: 2012-270-0021

Dok.: 585555

Rapport

fra

arbejdsgruppen om juridisk kønsskifte

Slotsholmsgade 10
1216 København K.

Telefon 7226 8400
Telefax 3393 3510

www.justitsministeriet.dk
jm@jm.dk

Indholdsfortegnelse

1. Arbejdsgruppens kommissorium og sammensætning.....	3
2. Transkønnede og transseksualitet.....	5
3. Behandling af transkønnede	7
3.1. Overordnet beskrivelse af behandlingsfaserne.....	7
3.2. Rammer for behandling.....	9
3.3. Nærmere om behandlingstilbud til personer under 17-18 år.....	9
3.4. Nærmere om behandling af personer over 17-18 år.....	10
3.5. Behandling i udlandet.....	19
4. Gældende dansk ret om juridisk kønsskifte	20
4.1. Anerkendelse af kønsskifte efter sundhedslovgivningen	20
4.2. CPR-lovgivningen.....	21
4.3. Navneloven.....	23
4.4. Paslovgivningen	25
5. Danmarks internationale forpligtelser	26
6. Udenlandsk ret.....	36
6.1. Argentina.....	36
6.2. Portugal	37
6.3. Sverige.....	37
6.4. Tyskland	39
6.5. Island	40
6.6. Storbritannien	40
6.7. Nederlandene.....	41
6.8. Norge.....	41
7. Tilkendegivelser fra interesseorganisationer.....	43
8. Modeller for juridisk kønsskifte	44
8.1. Indledende bemærkninger om familieformer.....	45
8.2. Opsummering af den gældende ordning	46
8.3. Model for juridisk kønsskifte uden krav om lægefaglig udredning eller behandling	46
8.4. Modeller for juridisk kønsskifte med krav om lægefaglig udredning, men ikke behandling	49
8.5. Overvejelser om en model for juridisk kønsskifte med krav om lægefaglig udredning og behandling.....	51
8.6. Vurdering af modellerne i forhold til EMRK.....	52
9. Lovgivningsmæssige, administrative og økonomiske konsekvenser af model 1-3	54
9.1. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse	54
9.2. Økonomi- og Indenrigsministeriet	58
9.3. Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold	59
9.4. Justitsministeriet.....	69
10. Sammenfatning.....	74

1. Arbejdsgruppens kommissorium og sammensætning

Arbejdsgruppen om juridisk kønsskifte blev nedsat i januar 2013. Arbejdsgruppens kommissorium lyder således:

”Baggrund

Det fremgår af regeringsgrundlaget fra 2011, at regeringen vil ”undersøge reglerne om kønskorrigerende behandling, herunder mulighederne for at foretage juridisk kønsskifte uden krav om kirurgiske indgreb”. Initiativet er en del af regeringsgrundlagets afsnit om seksuel ligestilling.

For at en kønskorrigerende behandling kan medføre kønsskifte med dertil hørende juridiske konsekvenser forudsættes i dag i Danmark indgreb, hvorved kønskirtlerne fjernes kirurgisk. Et kønsskifteforløb er en sundhedsfagligt kompleks og indgribende behandling, som nogle transkønnede pga. risici og bivirkninger enten ikke ønsker at gennemgå, eller af helbredsmæssige årsager m.v. ikke kan gennemgå. Disse transkønnede opnår således ikke rettigheder som det køn, de identificerer sig med, hvilket de oplever giver anledning til en række udfordringer i deres hverdag.

Initiativets sigte er at undersøge mulighederne for juridisk kønsskifte uden krav om, at kønskirtlerne varigt skal være fjernet kirurgisk. Der er i den forbindelse behov for at kortlægge de eksisterende behandlingstilbud, herunder kønskorrigerende behandling modtaget af danskere i udlandet.

Spørgsmålet om kønsskifte kan ikke isoleret ses ud fra sundhedsfaglige betragtninger, idet et kønsskifte, der anerkendes juridisk, har en række afledte effekter, blandt andet i relation til adgangen til nyt CPR-nummer, kønsmarkering i pas og anden identifikation m.v., rettigheder i ligebehandlingslovgivningen og ligestillingsloven, navneændring og fastsættelse af forældreskab m.v. Undersøgelsen skal derfor kortlægge sammenhængene mellem relevante love og afdække konsekvenserne af ændrede kriterier for, om eller hvilken kønskorrigerende behandling der skal lægges til grund for, at kønsskiftet kan anerkendes juridisk. Det gælder ikke blot de juridiske, administrative og økonomiske konsekvenser. Undersøgelsen skal også knytte sammenhænge til afledte etiske aspekter af ændrede kriterier for juridisk kønsskifte, f.eks. i forhold til muligheden for at opnå graviditet eller blive biologisk far, efter at man formelt har skiftet køn. Undersøgelsen skal endvidere tage højde for aspekter som følge af kønsskiftebehandlinger foretaget i udlandet.

Der nedsættes på den baggrund en tværministeriel arbejdsgruppe med følgende opgaver:

Arbejdsgruppens opgaver

1. *Behandlingstilbud til transkønnede*

Arbejdsgruppen skal beskrive den sundhedsfaglige behandling af transkønnede i Danmark på Sexologisk Klinik (på Rigshospitalet) samt hos praktiserende læger og speciallæger. Herunder også behandling af personer under 18 år. Endvidere skal arbejdsgruppen i relevant omfang angive, hvilke former for kønskorrigerende behandling danskere modtager i udlandet.

2. *Gældende ret*

Arbejdsgruppen skal navnlig beskrive og analysere gældende ret vedr.:

- Kønsskifte
- Paslovgivningen
- CPR-lovgivningen
- Familieretlig lovgivning, herunder navnelovgivningen
- Ligebehandlingslovgivningen og ligestillingsloven

Herunder også internationale konventioner m.v. på området, blandt andet ved inddragelse af arbejdet i Europarådet.

Beskrivelsen skal også omfatte sammenhænge mellem de nævnte lovområder.

3. *Udenlandske erfaringer*

Arbejdsgruppen skal beskrive erfaringer fra andre lande, hvor det ikke forudsætter kirurgiske indgreb at opnå kønsskifte i juridisk forstand. Arbejdsgruppen skal selv afgrænse relevante lande.

4. *Modeller for kønsskifte*

Arbejdsgruppen skal opstille og vurdere modeller for, at et kønsskifte kan anerkendes juridisk på baggrund af forskellige niveauer for kønskorrigerende behandling, og analysere de afledte konsekvenser i forhold til de ovennævnte retsområder samt evt. andre relevante områder såsom ret til sociale ydelser, kønsspecifikke behandlinger i sundhedsvæsenet, værnepligt m.v.

Herunder skal arbejdsgruppen beskrive og vurdere administrative og økonomiske konsekvenser af de enkelte modeller og angive de etiske overvejelser, som de enkelte modeller efter arbejdsgruppens opfattelse måtte give anledning til.

Det er en forudsætning, at de enkelte modeller samlet set ikke medfører offentlige merudgifter.

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen sammensættes af repræsentanter fra følgende ministerområder:

- Justitsministeriet (formand)
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Ministeriet for Ligestilling og Kirke
- Økonomi- og Indenrigsministeriet
- Social-, Børne- og Integrationsministeriet

Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af Justitsministeriet med bidrag fra relevante fagministerier.

Arbejdsgruppen kan inddrage ekspertise i sit arbejde og efter behov nedsætte mindre arbejdsgrupper.

Proces for arbejdet

Arbejdsgruppen afslutter arbejdet inden udgangen af 2013, således at der i regeringen kan tages stilling til, om der som opfølgning på arbejdet skal fremsættes lovforslag i foråret 2014.”

Arbejdsgruppen havde på tidspunktet for rapportens afgivelse følgende sammensætning:

Kontorchef Anette Arnsted, Justitsministeriet (formand)

Kontorchef Malene Vestergaard, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold

Fuldmægtig Jane Vinther Brøndum, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold

Fuldmægtig Trine Ingemansen, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold

Afdelingschef Helle Birkman Smith, Økonomi- og Indenrigsministeriet

Konsulent John Erik Pedersen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Enhedschef Anne Mette Dons, Sundhedsstyrelsen

Fuldmægtig Kristina Ravn, Justitsministeriet, har fungeret som arbejdsgruppens sekretær.

2. Transkønnede og transseksualitet

Der eksisterer en række forskellige begreber for personer, der i forskellig grad optræder, fremstår eller opfatter sig selv som tilhørende et andet køn end deres biologiske køn.

Denne rapport vedrører personer, som oplever et udtalt misforhold mellem deres biologiske køn og det oplevede køn (det køn, som de identificerer sig med). Rapporten anvender begrebet transkønnede om denne gruppe personer. Rapporten beskæftiger sig således ikke med personer, der udtrykker sig som et andet køn end det biologiske køn uden at opleve sig som tilhørende dette andet køn.

Transkønnethed er således primært et spørgsmål om identitet og ikke et spørgsmål om seksualitet. Transkønnethed er ikke en sygdom, men mange søger lægelig behandling for at komme til at ligne det foretrukne køn mest muligt. Ofte har transkønnede en både problematisk og smertefuld oplevelse af ikke at høre til noget sted, og den heraf følgende ensomhedsfølelse kan give grundlag for depressioner og andre diagnosticerbare tilstande inden for psykiatrien.

Nogle – men ikke alle – transkønnede opfylder kriterierne for at blive diagnosticeret som transseksuel.

Det er et grundlæggende princip i lægeligt arbejde, at der bør foreligge en faglig relevant, korrekt og tilstrækkelig præcis diagnose, som kan udgøre en relevant og valid faglig indikation for at iværksætte den behandling, som personen ønsker. Uden diagnostisk udredning vil det normalt være fagligt uansvarligt at behandle. Diagnosen danner ikke alene grundlag for den faglige udredning og den kønsmodificerende behandling, men også for den efterfølgende kontrol og forebyggende indsats over for den transseksuelle. En diagnose sammenfatter resultatet af den faglige udredning, dvs. angiver årsagen til behandlingen (indikationen), så der kan tilbydes en relevant behandling på et fagligt forsvarligt grundlag.

Danmark følger WHO's diagnoseklassifikation ICD-10, hvor transseksualitet indgår i gruppen "kønsidentitetsforstyrrelser" under et afsnit, der omhandler en række tilstande og adfærdsmønstre af klinisk betydning, som oftest er vedvarende, og som fremtræder som udtryk for personens karakteristiske livsstil og holdning til sig selv og andre.

Diagnosen F64.0 Transseksualitet karakteriseres i WHO's ICD-10 klassifikation ved "et ønske om at leve og blive anerkendt som et medlem af det modsatte køn, sædvanligvis ledsaget af en følelse af ubehag eller utilstrækkelighed ved egne anatomiske køns karakteristika og et ønske om hormonbehandling eller kirurgisk behandling for at ændre disse i retning af det foretrukne køn".

Der eksisterer ikke tal for, hvor mange transkønnede, der er i Danmark. De hidtidige internationale skøn viser, at det er en lille del af en befolkning, der er transseksuelle, og andelen varierer kraftigt i de forskellige undersøgelser: mellem 1:30.000 og 1:10.000 for mand til kvinde og mellem 1:100.000 og 1:30.000 for kvinde til mand. Der findes studier, som viser, at antallet er stigende.

3. Behandling af transkønnede

3.1. Overordnet beskrivelse af behandlingsfaserne

For en transkønnet, der ikke ønsker behandling i sundhedsvæsenet og ikke ønsker navneændring svarende til det oplevede køn eller mulighed for ændret kønsbetegnelse i sit pas, jf. punkt 4.3 og 4.4, er det ikke nødvendigt at få stillet en diagnose. Der kan være behov for rådgivning og støtte, så den transkønnede bedre kan håndtere sin livssituation. Det kan foregå gennem den praktiserende læge. Ofte vil den transkønnede begynde eller fortsætte et hverdagsliv som sit oplevede køn.

Såfremt behandling med medicin eller kirurgi ønskes, er første trin at stille diagnosen transseksuel, jf. punkt 2 ovenfor. Det er en højt specialiseret funktion i det offentlige sygehusvæsen at stille diagnosen.

Formålet med udredning af kønsidentitetsproblemer er at opnå en afklaring af, om der foreligger en transseksuel tilstand og udelukke psykiatrisk og somatisk sygdom, som kan kontraindicere behandlingen.

Den korrekte diagnose er endvidere en forudsætning for, at en læge kan udvise omhu og samvittighedsfuldhed i sin behandling med hormoner og kirurgi. For at stille diagnosen transseksuel og give den pågældende adgang til behandlingstilbud, er det i Danmark ikke tilstrækkeligt, at personen selv mener at være transseksuel. I lande, som vi normalt sammenligner os med, er der ligesom i Danmark et generelt krav om, at der indgår et tværfagligt kompetent behandlingsteam i udredning og behandling af transseksuelle¹.

¹ Se til eksempel: World Professional Association for Transgender Healths "Standards of Care", 7. version: http://www.wpath.org/publications_standards.cfm

Når det ved udredning er fundet, at personen er transseksuel, kan personen tilbydes en række vederlagsfri behandlinger, herunder medicinske og kirurgiske, i det offentlige sundhedsvæsen. Disse behandlinger tilbydes kun personer med diagnosen transseksuel. Kønsskifte kan herefter ske til den grad, som den pågældende ønsker, når betingelserne herfor i øvrigt er opfyldt.

Hormonbehandling vil ofte være den første behandling, der tilbydes med henblik på, at den pågældende kan få det ønskede køns ydre fysiske og psykiske karakteristika. Behandlingen medfører sædvanligvis irreversible (ikke-genoprettelige) ændringer, og en grundig udredning før behandlingen er derfor vigtig. Udredning før en hormonbehandling omfatter blandt andet en grundig psykiatrisk/psykologisk vurdering varetaget af en psykiater med særlig dokumenteret erfaring på området for at udelukke psykiatrisk eller anden sygdom, som kontraindicerer behandlingen. I særdeleshed er det et krav, at der skal være tale om et ønske, der har været til stede gennem længere tid. Det skal undersøges, om der er forhold hos personen, der gør en behandling risikabel, som f.eks. overvægt, tidligere blodpropper, sukkersyge eller forhøjet blodtryk. Lægen skal lave en konkret risikovurdering og vurdere, om det er forsvarligt at begynde behandlingen. Der stilles særlige krav til udredningen af unge under 18 år, jf. punkt 3.3 nedenfor.

Samme krav stilles før kønskorigerende kirurgi, fx fjernelse af bryster, indsættelse af brystimplantater eller operation af strubehovedet.

Kønsskifteindgreb i form af kastration forudsætter efter sundhedsloven² tilladelse fra Sundhedsstyrelsen, jf. nærmere herom punkt 3.4.3. Dette lovkrav skyldes, at der er tale om et omfattende og irreversibelt indgreb. Forløbet mod kastration indledes med et observationsforløb på baggrund af en henvisning fra en læge, ofte den transseksuelles egen læge. Observationsforløbet finder i dag udelukkende sted på Sexologisk Klinik på Rigshospitalet. Et typisk observationsforløb strækker sig for tiden sædvanligvis over omkring 2 år.

Det er efter sundhedsloven en betingelse for at opnå tilladelse til kastration med henblik på kønsskifte, at ansøgerens nuværende genitale køn medfører betydelige sjælelige lidelser eller social forringelse. Derudover forud-

² Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 med senere ændringer.

sættes det blandt andet, at ansøgerens ønske om kønsskifte er vedholdende, og at ansøgeren kan overskue konsekvenserne af et kønsskifte.

Kastration er i sig selv ikke tilstrækkelig grundlag for anerkendelse af et kønsskifte med deraf følgende skift af personnummer mv. (juridisk kønsskifte).

Behandlingstilbuddene til personer henholdsvis under og over 17-18 år er nærmere beskrevet i punkt 3.3 og 3.4. Den juridiske anerkendelse af et kønsskifte er behandlet i punkt 4.

3.2. Rammer for behandling

I henhold til sundhedslovens § 208 fastsætter Sundhedsstyrelsen krav til lands- og landsdelsfunktioner, herunder til placeringen af lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse, efter høring af det rådgivende udvalg for specialeplanlægning. Sundhedsstyrelsen godkender herunder lands- og landsdelsfunktioner på regionale og private sygehuse og fastsætter nærmere regler om visitation af patienter til behandling på disse afdelinger efter høring af udvalget. Formålet med specialeplanlægningen er blandt andet at øge kvaliteten i det danske sundhedsvæsen og skabe sammenhæng mellem sundhedsfaglig erfaring, kvalitet og volumen på både individ-, enheds- og sygehusniveau. Borgerne skal derfor gennem planlægningen af, hvor og på hvilket grundlag forskellige funktioner kan varetages, sikres ensartet behandling af høj kvalitet uanset tid og sted.

Ifølge Sundhedsstyrelsens specialeplan er lægefaglig behandling af transseksualitet en højt specialiseret funktion i gynækologi/obstetrik og plastikkirurgi på Rigshospitalet i samarbejde med den højtspecialiserede funktion ved Sexologisk Klinik i Region Hovedstaden, som vurderer indikationen for kønsskifteindgreb.

Sexologisk Klinik er den eneste sygehusafdeling, der har ansøgt og på grund af sin høje ekspertise er blevet godkendt af Sundhedsstyrelsen til at varetage observationsforløb for personer, som søger kønsskifte.

3.3. Nærmere om behandlingstilbud til personer under 17-18 år

Der er meget tilbageholdenhed med at tilbyde irreversible medicinske og kirurgiske indgreb til børn og unge under 18 år, idet barnet/den unge stadig er under såvel fysisk som psykisk udvikling.

I offentligt regi tilbydes unge under 17 år og deres forældre derfor i dag alene rådgivende og støttende samtaler på Sexologisk Klinik, indtil de pågældende ved 17 års alderen kan påbegynde et observationsforløb, jf. punkt 3.4.2. Sexologisk Klinik har hidtil årligt fået henvist omkring 10 patienter under 18 år på grund af kønsidentitetsproblemer.

Patientombuddet har ved en afgørelse offentliggjort den 1. november 2012³ vurderet, at en plastikkirurg på en privatklinik har handlet under normen for almen faglig standard ved kirurgisk at fjerne brysterne hos en 15-årig biologisk kvinde uden den fornødne udredning. Patientombuddet udtalte i den forbindelse følgende:

”i forbindelse med behandling af kønsidentitetsproblemer blandt unge mennesker er [det] særdeles vigtigt, at få udelukket, om patienten skulle have andre mulige differentialdiagnoser. Derudover er der hos disse patienter i mange tilfælde en psykiatrisk comorbiditet, som det er vigtigt at forholde sig til, inden en eventuel behandling iværksættes. Der skal derfor efter nævnets opfattelse, inden foretagelse af irreversible operative indgreb som led i en kønsskifteproces, foranlediges eller indhentes eksisterende oplysninger om psykiatrisk og sexologisk udredning.”

Sexologisk Klinik er ved at udvikle et udrednings- og behandlingstilbud særligt målrettet unge transseksuelle i samarbejde med specialister i børnesygdomme, vækst og reproduktion, gynækologi, plastikkirurgi og børne- og ungdomspsykiatri. Sundhedsstyrelsen og Sexologisk Klinik er i tæt dialog herom. Behandlingen kan blandt andet omfatte pubertets-stop behandling, hvilket udskyder puberteten for ganske unge, og hormonbehandling til personer, som har overstået puberteten.

3.4. Nærmere om behandling af personer over 17-18 år

De nuværende behandlingstilbud i offentligt regi til personer over 17-18 år omfatter personer, der er eller bliver diagnosticeret som transseksuelle, jf. punkt 2. Behandlingen følger principperne i de internationale ”Standards of Care”⁴.

³ <https://www.sundhed.dk/borger/patientrettigheder/afgoerelser-ved-klage-og-tilsynssager/afgoerelser-sundhedsvaesenets-disciplinaernaevn/afgoerelser-2012/kritik-for-behandling-jens-pilegaard-bjarnesen>.

⁴ Fra World Professional Association for Transgender Health:
http://www.wpath.org/publications_standards.cfm

3.4.1. Henvisning, forvisitation og udredning

Alle patienter, der bliver henvist til Sexologisk Klinik, bliver vurderet og enkelte bliver afvist uden at blive set på klinikken, hvis de ikke skønnes at have kønsidentitetsproblemer. Alle andre bliver indkaldt til en første samtale, der har til formål at afdække, hvori patientens problem består. Patienten ses af både psykiater og psykolog, som foretager diagnostiske interviews og test, ligesom oplysninger fra tidligere behandlinger, kommuner, skoler mv. indhentes. Behandlerne på Sexologisk Klinik vurderer i fællesskab, hvilke diagnostiske overvejelser der måtte være, samt hvilke behandlingstiltag der er egnede til patienten. Hvis patienten har ønske om kønsmodificerende indgreb, herunder kastration og hormonbehandling, påbegyndes et observationsforløb, medmindre der umiddelbart er forhold, der taler imod (f.eks. aktuelt misbrug eller aktuelle større ubehandlede psykiske eller sociale problemer). Hvis det vurderes, at der ikke er tale om en transseksuel tilstand, vil patienten blive afsluttet eller tilbudt rådgivende samtaler.

3.4.2. Observationsforløb, plastikkirurgi og hormonbehandling

Observationsforløbet varetages af et multidisciplinært team, som består af psykiatriske, psykologiske, gynækologiske og plastikkirurgiske eksperter med viden om transseksualitet. Formålet hermed er at sikre en kontinuerlig koordineret indsats for patienten.

Sexologisk Klinik har indtil årsskiftet 2012-2013 primært varetaget udredning og behandling af personer, som har henvendt sig med henblik på kønsskiftebehandling i form af kastration.

Siden 1. januar 2013 har Sexologisk Klinik også modtaget patienter med kønsidentitetsproblemer, som ønsker anden kønsmodificerende behandling end kastration. Sexologisk Klinik har således som et pilotprojekt tilbudt alle patienter med kønsidentitetsproblemer et standardiseret udredningsforløb på et halvt år, hvori indgår:

- Månedlige samtaler med psykologer og psykiatere.
- Psykologiske test og standardiserede psykiatriske udredninger.
- Social anamnese.
- Indhentning af papirer fra tidligere behandlere, evt. kontakt med de sociale myndigheder.
- Pårørendesamtale med forældre eller andre nære familiemedlemmer.
- Laboratorieundersøgelser af kønshormoner, kromosomanalyse mm.

- Objektiv somatisk undersøgelse.

I denne periode møder patienten til samtaler mindst én gang om måneden, og der foretages kromosomanalyse, måling af kønshormonniveau og legemlig undersøgelse. I forløbet indgår også samtale med pårørende samt yderligere psykologiske test.

Patienten lever og klæder sig endvidere i denne periode som det oplevede køn og opnår dermed en "real life experience". Samtalerne bruges til at give patienten mulighed for at reflektere over, hvorvidt kirurgisk og medicinsk kønsskifte er det, vedkommende ønsker. Endvidere behandles eventuel psykisk sygdom, og der rådgives om de problemer, der kan opstå som følge af kønsskifte.

Som afslutning på det første halve års udredningsforløb afholdes beslutningskonference med henblik på stillingtagen til, om der er grund til at gå mod patientens ønske om kønsskifte, om yderligere observation er nødvendig, eller om patienten kan henvises til f.eks. hormonbehandling med henblik på kønsskifteoperation (kastration), jf. nærmere herom i punkt 3.4.3. Hvis patienten ikke kan tilbydes kønsmodificerende behandling, tilbydes rådgivende samtaler, eller forløbet afsluttes.

Hvis observationsforløbet viser, at patienten har et vedvarende ønske om kønsmodificerende indgreb, hvis diagnosen transseksualitet bestyrkes af forløbet og undersøgelserne, og hvis der ikke er fundet kontraindikationer mod at gå videre, henviser Sexologisk Klinik den pågældende til videre behandling. Biologiske kvinder, som ønsker kønsskifte til mand, henvises til Klinik for Plastikkirurgi og Brystkirurgi for fjernelse af brysterne (mastektomi), og begge køn henvises til behandling med det modsatte køns hormoner (testosteron/østroge) på Gynækologisk Klinik på Rigshospitalet.

Feminiserende/maskuliniserende kønshormonbehandling vil medføre en række fysiske ændringer. De fleste fysiske ændringer vil forekomme i løbet af to år, men ændringerne og den nøjagtige tidslinje for effekten kan være meget varierende.

Hos en kvinde, som ønsker at være mand, er de fysiske ændringer dybere stemme, forstørrelse af klitoris, vækst i ansigts- og kropsbehåring, ophør af menstruation, mindre brystvæv og mindre kropsfedt i forhold til muskelmasse. Hos en mand, som ønsker at være kvinde, er de fysiske ændringer

brystvækst, nedsat potens (erektile funktion), nedsat testikelstørrelse, nedsat libido og mere kropsfedt i forhold til muskelmasse.

De sekundære køns karakteristika som ændret skæg- og hårvækst, dybere stemme og forstørrelse af adamsæble for kvinde til mand og brystdannelse for mand til kvinde vil være irreversible.

Der er begrænset viden om de psykiske virkninger af kønshormonbehandling. Det er således meget vanskeligt at afgøre, hvilke psykiske ændringer eller fund der skyldes hormonbehandling, og hvilke der skyldes terapi, ændret livsførelse mv., som finder sted i den periode, hvor hormonbehandlingen begynder. Generelt kan hormonbehandling imidlertid påvirke de kognitive evner og seksualdriften. Det er ikke muligt at sige, om der er irreversible psykiske virkninger/bivirkninger af hormonbehandlingen som sådan.

Sandsynligheden for optræden af bivirkninger af hormonbehandling er afhængig af mange faktorer: medicinen selv, dosis, administrationsvej og patienten selv. Det er derfor umuligt at forudsige, om en bivirkning vil optræde.

Nogle af de bivirkninger, som kan optræde ved behandling med mandligt kønshormon (testosteron), er blødningsforstyrrelser, øget svedtendens og ændret lugt, muskel- og ledsmerter, ved høj dosering øget risiko for blodpropper i venesystemet, let øget risiko for hjertekarsygdom, dvs. forhøjet blodtryk og blodprop i hjertet, lever- og nyrepåvirkning, vægtøgning og destabilisering af visse tilstedeværende psykiske sygdomme.

Nogle af de bivirkninger, som kan optræde ved behandling med kvindeligt kønshormon (østrogen), er øget brystkræft risiko, ved høj dosering øget risiko for blodpropper i venesystemet, let øget risiko for hjertekarsygdom, dvs. forhøjet blodtryk og blodprop i hjertet, leverpåvirkning, vægtøgning, påvirkning af stofskiftet og nedsat erektionsevne.

Samlet set, det vil sige inkl. det første halve års udredningsforløb, strækker observationsforløbet sig typisk over omkring 2 år. Patienten møder til samtaler med behandleren hver måned, og man observerer, hvordan patienten reagerer på hormonbehandlingen og den eventuelle fjernelse af bryster (mastektomi), samt om der stadig er et stabilt vedholdende ønske om kønsmodificerende indgreb, herunder kastration. Derefter afholder behandlerne en anden beslutningskonference, hvor der tages stilling til, om der er

grund til at gå imod patientens ønske om kønsskifteoperation, herunder kastration.

Mange forhold kan forlænge observationstiden, f.eks.:

- Patienten skal have et stabilt fremmøde. Nogle patienter vælger at afbryde kontakten i kortere eller længere tid.
- Patienten kan have en overvægt, der umuliggør fjernelse af bryster (mastektomi), før vægttab har fundet sted. Der tages først endelig stilling til kønsskifteoperation, herunder kastration, når man i en periode har kunnet observere, hvorledes patienten reagerer på den foretagne fjernelse af bryster (mastektomi).
- Der kan gå flere måneder til år, før en patient beslutter sig for at leve på fuld tid som det oplevede køn.

En del af de personer, der starter i et observationsforløb, ophører af sig selv undervejs.

Teamet til behandling af transseksuelle har indgået et samarbejde med behandlingsteam i Norge og Sverige. Det standardiserede udredningsforløb vil gøre det muligt at sammenligne behandlingerne i Norge, Sverige og Danmark.

Patienten kan efter et afsluttet observationsforløb ansøge Sundhedsstyrelsen om tilladelse til kastration med henblik på kønsskifte, jf. straks nedenfor.

3.4.3. Kønsskifteoperation (kastration)

Sundhedsstyrelsen kan give en person tilladelse til kastration med henblik på kønsskifte, hvis ansøgerens kønsdrift medfører betydelige sjælelige lidelser eller social forringelse, jf. kønsskiftebekendtgørelsens § 5, jf. sundhedslovens § 115, stk. 1. Kastration af personer under 21 år må ikke tillades, medmindre ganske særlige grunde taler for det, jf. sundhedslovens § 115, stk. 3.

Ved kastration forstås indgreb, hvorved kønskitlerne fjernes, eller behandling, hvorved de varigt sættes ud af funktion, jf. sundhedsloven § 104.

En person kan også få tilladelse til kastration, hvis ansøgerens kønsdrift udsætter denne for at begå forbrydelser, jf. § 115, stk. 2. Denne rapport omhandler ikke denne situation.

Efter sundhedslovens § 116, stk. 3, jf. § 113, skal den, som skal have foretaget kastrationsindgrebet, vejledes af en læge om indgrebets beskaffenhed og direkte følger og om den risiko, der må antages at være forbundet med indgrebet. Der er således et skærpet informationskrav.

Der gælder særlige retssikkerhedsmæssige regler, herunder om værgebeskikkelse ved anmodning om kastration af en person, der er omfattet af lovens § 110 eller § 111, og som opholder sig på en institution, et psykiatrisk sygehus eller en psykiatrisk sygehusafdeling eller er under tilsyn heraf, jf. sundhedslovens § 116, stk. 2, 1. pkt.

Hvis Sundhedsstyrelsen giver ansøgeren tilladelse til kastration, udføres denne for biologiske kvinders vedkommende på Gynækologisk afdeling, Rigshospitalet og for biologiske mænds vedkommende på Plastikkirurgisk afdeling, Rigshospitalet.

Kirurgisk aktivitet

Fra kvinde til mand på Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet

2007: 2 patienter (31 og 35 år)
2008: 2 patienter (29 og 45 år)
2009: 1 patient (25 år)
2010: 2 patienter (29 og 37 år)
2011: 6 patienter (23, 23, 34, 40, 41 og 52 år)
2012: 5 patienter (26, 31, 35, 36 år og 38 år)
2013: 7 patienter (22, 22, 24, 27, 30, 35 og 39 år)

Fra mand til kvinde på Klinik for Plastikkirurgi, Brystkirurgi og Brandsårsbehandling, Rigshospitalet

2007: 1 patient
2008:
2009:
2010: 1 patient (32 år)
2011:
2012: 1 patient (51 år)
2013: 1 patient

Kilde: Rigshospitalet. Forbehold for registreringsfejl.

Efterfølgende er der mulighed for at tildanne ydre genitalier (kønsorganer). Biologisk fødte mænd får tildannet vagina (skede) i forbindelse med kastration. Biologisk fødte kvinder har mulighed for indlæggelse af testikelproteser i de store kønslæber, samt metaoidplastik (fridissekering fra kønsbenet af den på grund af testosteronbehandlingen forstørrede klitoris, så den kan syne større og fungere som en lille penis) eller falloplastik (tildannelse af en penis af hud og væv fra f.eks. underarm).

De seneste år har Sundhedsstyrelsen godkendt indstillinger fra Rigshospitalet til at få falloplastik foretaget på det offentliges regning i Belgien i henhold til reglerne om højt specialiseret behandling i udlandet⁵. Meget få operationer af denne slags udføres på Plastikkirurgisk afdeling, Rigshospitalet.

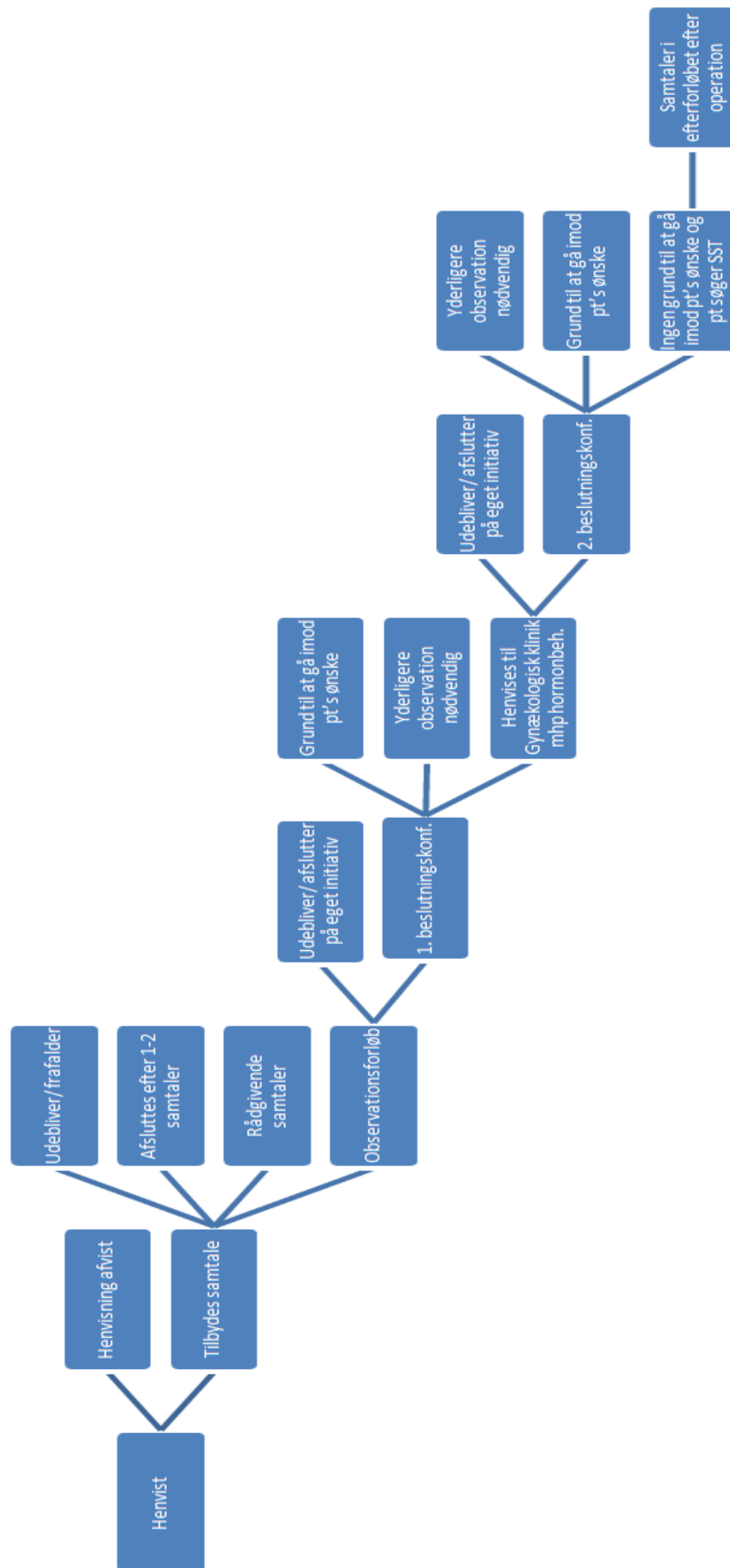
Udgifterne i anledning af kastration godkendt af Sundhedsstyrelsen afholdes af staten, jf. sundhedslovens § 246.

3.4.4. Efterforløb på Sexologisk Klinik

Alle patienter, der gennemgår kønsmodificerende indgreb, får tilbud om et efterforløb på Sexologisk Klinik med henblik på at følge op på eventuelle problemer.

Det samlede forløb på Sexologisk Klinik, jf. punkt 3.4.1-3.4.4, er skematisk skitseret på næste side.

⁵ Jf. bekendtgørelse nr. 1661 af 27. december 2013 om ret til sygehusbehandling m.v.



3.4.5. Ventetider

Sexologisk Kliniks aktuelle ventetid fra modtaget henvisning til ambulant forundersøgelse er 4-8 uger.

Gynækologisk Kliniks aktuelle ventetid fra modtaget henvisning til ambulant forundersøgelse er 4-6 uger.

Gynækologisk Kliniks aktuelle ventetid fra modtaget henvisning til kastration (kvinde til mand) er ca. 8-10 uger.

Klinik for Plastikkirurgi og Brystkirurgi har ventetid for ambulant forundersøgelse/samtale om fjernelse af bryster (mastektomi) (kvinde til mand) og brystimplantater (mand til kvinde) på mellem 2 og 4 uger. Findes der ikke kontraindikationer for indgrebet, er ventetiden indtil indgrebet kan foretages ca. 6 måneder. Ventetiden for ambulant forundersøgelse til tildannelse af mandligt og kvindeligt udseende kønsorganer er mellem 2 og 4 uger. Findes der ikke kontraindikationer for indgrebet, er ventetiden, indtil indgrebet kan foretages, ca. 6-12 måneder.

Sundhedsstyrelsens egen sagsbehandlingstid for behandling af ansøgninger om kastration er ca. 1 måned. Hertil skal lægges op til 1 år, som er den tid, det kan tage for Retslægerådet at afgive en udtalelse til brug for Sundhedsstyrelsens afgørelse af, om kastration kan tillades. Retslægerådet inddrages i de sager, hvor Sexologisk Klinik afgiver en positiv indstilling til kastration.

3.4.6. Tilbud i praksissektoren og i privat regi

Sundhedsstyrelsens vejledning om kastration med henblik på kønsskifte (kønsskiftevejledningen)⁶ beskriver proces og procedurer for at opnå kastration med henblik på kønsskifte.

Der er i dag transseksuelle, der får hormonbehandling uden for det højt-specialiserede behandlingstilbud på Sexologisk Klinik.

Sundhedsstyrelsen er ved at udarbejde en ny vejledning om udredning og behandling for kønsidentitetsproblemer og tilladelse til kønsskifte, som skal erstatte den eksisterende vejledning om kastration med henblik på

⁶ Vejledning nr. 10077 af 27. november 2006.

kønsskifte. Den nye vejledning vil præcisere kravene til, hvordan læger udviser omhu og samvittighedsfuldhed ved udredning og behandling af transkønnede også i tilfælde, hvor personen ikke ønsker fuldt kønsskifte i form af kastration. Vejledningen henvender sig til alle læger i sundhedsvæsenet. Den nye vejledning vil også omfatte udredning og behandling af unge under 18 år.

Sundhedsstyrelsen har meldt ud, at de læger, der i dag har myndige transseksuelle i hormonbehandling, indtil videre kan fortsætte med de patienter, de allerede behandler, forudsat at behandlingen som minimum overholder principperne i ”Standards of Care” hvad angår kontraindikationer, kontrol med blodprøver og andre undersøgelser mv. Nye patienter og unge under 18 år skal henvises til Sexologisk Klinik. Når Sundhedsstyrelsens nye vejledning foreligger, vil det være kravene i denne, der skal overholdes.

3.5. Behandling i udlandet

En del transkønnede bosat i Danmark søger kønsskifteoperation, herunder kastration, i udlandet, primært Thailand. De betaler selv udgifterne i forbindelse med operationen, men søger ofte opfølgende behandling, herunder hormonbehandling hos praktiserende gynækologer eller i sygehusvæsenet i Danmark.

Baggrunden for at søge kønsskifteoperation i udlandet kan være ønsket om at undgå det forudgående udredningsforløb på Sexologisk Klinik, eller at Sexologisk Klinik efter et gennemgået udredningsforløb har vurderet, at der ikke var eller ikke på det pågældende tidspunkt forelå det fornødne grundlag for en kønsskifteoperation.

Antallet af patienter, der behandles i udlandet på eget initiativ, kendes ikke. Sundhedsstyrelsen har i både 2012 og 2013 anerkendt kønsskifte for 7 personer, der har fået foretaget kønsskifte i udlandet. Til sammenligning har Sundhedsstyrelsen i 2012 og 2013 anerkendt kønsskifte for henholdsvis 8 og 45 personer, der har fået foretaget kønsskifteoperation i Danmark.

Spørgsmålet om juridisk anerkendelse af et kønsskifte efter kønsmodificerende behandling i udlandet er nærmere behandlet i punkt 4.

4. Gældende dansk ret om juridisk kønsskifte

4.1. Anerkendelse af kønsskifte efter sundhedslovgivningen

Juridisk kønsskifte kan i Danmark opnås efter et fysisk kønsskifte i form af kastration, jf. nærmere herom i punkt 3.4.3.

Sundhedsstyrelsen anerkender et kønsskifte efter ansøgning fra den pågældende, når kastration er foretaget med henblik på kønsskifte, jf. kønsskiftevejledningens punkt 3.3. Anerkendelsen sker på baggrund af oplysninger fra den læge/afdeling, som har foretaget indgrebene, samt ansøgeren selv.

Det er en forudsætning for at anerkende et kønsskifte, at kastration er gennemført som følge af transseksualisme. For kønsskifte fra mand til kvinde er det et krav, at kønsskirtlerne og penis er fjernet. For kønsskifte fra kvinde til mand er det en forudsætning, at æggestokkene er fjernet.

Afgørelse om anerkendelse af et kønsskifte foretaget i udlandet beror på en konkret vurdering, idet de ovennævnte betingelser dog altid skal være opfyldt. Ansøgeren skal fremlægge en erklæring fra den opererende læge i udlandet samt en erklæring fra en dansk speciallæge i gynækologi, som har foretaget en klinisk undersøgelse af personen.

Sundhedsstyrelsen har fra 2007 og indtil nu anerkendt kønsskifte for 61 personer med dansk cpr.nr., herunder kønsskifte foretaget i udlandet:

2007: 3 mand til kvinde og 2 kvinde til mand - i alt 5 anerkendelser

2008: 4 mand til kvinde og 1 kvinde til mand - i alt 5 anerkendelser

2009: 3 mand til kvinde og 4 kvinde til mand - i alt 7 anerkendelser

2010: 1 mand til kvinde og 0 kvinde til mand - i alt 1 anerkendelse

2011: 8 mand til kvinde og 8 kvinde til mand - i alt 16 anerkendelser

2012: 8 mand til kvinde og 7 kvinde til mand - i alt 15 anerkendelser

2013: 6 mand til kvinde og 6 kvinde til mand - i alt 12 anerkendelser

Når Sundhedsstyrelsen har anerkendt et kønsskifte, orienterer styrelsen Økonomi- og Indenrigsministeriets CPR-kontor herom med henblik på, at ansøgerens nye køn kan blive registreret i Det Centrale Personregister, og ansøgeren dermed kan få et nyt CPR-nummer, jf. punkt 4.2.

Ansøgerens situation herefter er beskrevet som følger i pkt. 3.3 i kønsskiftevejledningen:

”Ansøgeren kan få ændret sit fornavn i overensstemmelse med sit nye køn. (...)

Herefter har ansøgeren mulighed for at udstedt pas, kørekort, fødselsattest og lignende legitimationsdokumenter med sit nye køn, navn og personnummer.

Ansøgeren betragtes således på alle måder som en person af det nye køn.”

4.2. CPR-lovgivningen

Det fremgår af CPR-lovens⁷ § 3, stk. 6, at indenrigs- og sundhedsministeren (nu økonomi- og indenrigsministeren) fastsætter regler om personnummerets opbygning.

Nærmere regler er fastsat i bekendtgørelse om folkeregistrering m.v.⁸ Det fremgår af § 1, stk. 1, i bekendtgørelsen, at personnummeret består af 10 cifre, hvoraf de første seks angiver personens fødselsdag, begyndende med fødselsdatoen, derefter fødselsmåned og til slut fødselsåret uden angivelse af århundrede. De sidste fire cifre i personnummeret er et løbenummer, hvis sidste ciffer er lige for kvinder og ulige for mænd, jf. bekendtgørelsens § 1, stk. 2.

Det fremgår af CPR-lovens § 3, stk. 5, at økonomi- og indenrigsministeren ”tildeler nyt personnummer til personer ved fejl i de oplysninger, der indgår i deres personnummer”. Der er ikke i øvrigt regler i CPR-lovgivningen, der regulerer spørgsmålet om nyt personnummer i forbindelse med kønsskifte. Der er således alene hjemmel til at tildele et nyt personnummer til en person ved fejl i de oplysninger, der indgår i vedkommendes personnummer. Sådanne fejl kan blandt andet vedrøre køn.

Af bemærkningerne til CPR-lovens § 3, stk. 5, jf. lovforslag nr. L 3, Folketingstidende 1999-2000, tillæg A, side 21, fremgår følgende:

”Bestemmelsen i stk. 5 vil i overensstemmelse med hidtidig fast praksis også betyde, at personer, der har gennemgået en kønsskifteoperation, får tildelt et nyt personnummer, når Indenrigsministeriet [nu Økonomi- og Indenrigsministeriet] fra Civilretsdirektoratet [nu Sundhedsstyrelsen] har fået meddelelse om, at kønsskiftet er helt afsluttet. Der-

⁷ Lovbekendtgørelse nr. 5 af 1. september 2013 med senere ændringer.

⁸ Bekendtgørelse nr. 1153 af 23. november 2006 med senere ændringer.

imod kan ændring af personnummeret ikke foretages alene på grundlag af en persons angivelse af at føle sig mere som en person af det modsatte køn i forhold til det registrerede.”

Af vejledning nr. 85 af 23. november 2006 om folkeregistrering, afsnit 2.1.3, fremgår følgende om bestemmelsen:

”Personer, der har gennemgået en kønsskifteoperation, får først tildelt et nyt personnummer, når Indenrigs- og Sundhedsministeriets [nu Økonomi- og Indenrigsministeriets] CPR-kontor fra Sundhedsstyrelsen har fået meddelelse om, at kønsskiftet er helt afsluttet, uanset om behandlingen har fundet sted i Danmark eller udlandet. Der vil således aldrig kunne ske en ændring af personnummeret, alene fordi den pågældende oplyser at føle sig mere som en person af det modsatte køn end det registrerede. Der kan ligeledes ikke ske en ændring af personnummeret for personer, der ikke har gennemgået et kønsskifte, men som af statsforvaltningen har fået tilladelse til at bære et navn, der ikke er kønskorrekt, jf. § 13 i bekendtgørelse nr. 146 af 6. marts 2006 om navne.

Da det efter lovens § 3, stk. 5, kun er fejl i de oplysninger, der indgår i det tildelte personnummer, som kan begrunde et nyt personnummer, vil en person, hvis personnummer indeholder korrekte oplysninger om den pågældendes alder og køn, aldrig kunne få et nyt personnummer uanset baggrunden for ønsket herom, f.eks. ønsket om at sløre sin hidtidige identitet, eller fordi et bestemt løbenummer anses for ulykkesbringende.”

Tildeling af nyt personnummer finder i praksis sted umiddelbart efter, at Økonomi- og Indenrigsministeriet har modtaget meddelelse fra Sundhedsstyrelsen om, at kønsskiftet er helt afsluttet. Den, hvis personnummer er blevet ændret, orienteres om, at personnummerændring har fundet sted, ved fremsendelse af en registerindsigt i de oplysninger, der er registreret om vedkommende i CPR, herunder såvel det tidligere tildelte personnummer som det nye personnummer.

Når der tildeles et nyt personnummer til erstatning for et tidligere tildelt personnummer, vil det oprindelige personnummer blive stående i CPR med en henvisning til det nye nummer. Det gælder i alle tilfælde, hvor der tildeles et nyt personnummer. Det nye nummer vil ligeledes indeholde en henvisning til det oprindelige personnummer. Oplysningerne fra det oprindelige nummer vil blive overført til det nye personnummer, hvorpå nye oplysninger fremover vil blive registreret.

4.3. Navneloven

4.3.1. Fornavne

I navneloven⁹ skelnes der mellem forskellige typer af navne: Fornavne, mellemnavne og efternavne. Et fornavn er det eller de første navne i navnerækken, der sædvanligvis er det eller de navne, personen kaldes og kendes under. Alle skal have et fornavn, jf. lovens § 12, stk. 1.

Som fornavn kan man tage et navn, som er på den liste over godkendte fornavne, som Ankestyrelsen, Familieretsafdelingen (tidligere Familiestyrelsen) har offentliggjort. Et fornavn fra listen kan tages uden godkendelse. Derudover kan man ansøge om at få godkendt et nyt fornavn, der ikke fremgår af listen over godkendte fornavne, jf. navnelovens § 13, stk. 1. Godkendes et nyt fornavn, optages navnet på listen over godkendte fornavne, og kan herefter tages af enhver.

Listen over godkendte fornavne er opdelt i drenge- og pigefornavne. Et fornavn kan dog godkendes til både piger og drenge, hvis navnet ses at være både et pige- og drengefornavn i Danmark eller udlandet.

Det følger af navnelovens § 13, stk. 2, at et fornavn ikke må betegne det modsatte køn i forhold til den, der skal bære navnet. Et fornavn skal således være kønskorrekt (drenge må ikke få pigefornavne og omvendt). Det fremgår af lovforarbejderne til bestemmelsen, at kravet om fornavnes kønskorrekthed er et centralt træk inden for dansk og international navneret, der indebærer en række kommunikationsmæssige fordele i den praktiske navnebrug. Med kønsspecifikke fornavne kan man således på en enkel måde fastslå, om en person er af han- eller hunkøn.

Når Sundhedsstyrelsen har anerkendt, at en person har skiftet køn, jf. punkt 4.1, og vedkommende har fået et nyt cpr-nummer, jf. punkt 4.2, vil personen således skulle tage et fornavn, der er kønskorrekt i forhold til det nye køn.

⁹ Lovbekendtgørelse nr. 392 af 1. maj 2012 med senere ændringer.

4.3.2. Fornavne til transseksuelle og personer, der ganske må ligestilles hermed

Transseksuelle og personer, der ganske må ligestilles hermed, som ikke har gennemført et egentligt kønsskifte, jf. punkt 4.1, kan under visse betingelser undtages fra kravet om, at et fornavn skal være kønskorrekt i forhold til den der, skal bære navnet.

Af navnelovens § 13, stk. 3, fremgår det, at ministeren for børn, ligestilling, integration og sociale forhold fastsætter nærmere regler om, at personer, der er transseksuelle eller ganske må ligestilles hermed, ikke er omfattet af forbuddet i stk. 2.

I overensstemmelse hermed er det i navnebekendtgørelsen¹⁰ bestemt, at Sexologisk Klinik på Rigshospitalet til brug for vurderingen af, om der kan gøres undtagelse fra kravet om, at et navn ikke må betegne det modsatte køn, vurderer, om ansøgeren er transseksuel eller ganske må ligestilles hermed (navnebekendtgørelsens § 13, stk. 1). Sexologisk Klinik afgiver i praksis sin vurdering i form af en erklæring.

Efter gældende praksis lægger Sexologisk Klinik ved vurderingen navnlig vægt på, om ansøgeren gennem længere tid har levet som det andet køn, og om det skønnes, at navneskiftet vil forbedre ansøgerens livskvalitet væsentligt.

Det kræver ikke et bestemt antal samtaler på Sexologisk Klinik, for at klinikken kan udfærdige en erklæring, men som oftest vil der være tale om minimum 2-3 samtaler. Ansøgeren behøver ikke at være i et observationsforløb eller være henvist til hormonbehandling. Sexologisk Klinik tager udgangspunkt i det kendskab, klinikken måtte have til ansøgeren. Hvis ansøgeren tidligere har været vurderet eller set i klinikken, og klinikken har oplysninger nok, og det bekræftes, at ansøgeren lever på fuld tid som det andet køn, er dette tilstrækkeligt til, at Sexologisk Klinik kan afgive erklæring.

Ved samtalerne lægger Sexologisk Klinik vægt på at få beskrevet, oplyst og dokumenteret, at ansøgeren lever på fuld tid som det modsatte køn, det vil sige går klædt og fremstår som det modsatte køn. Det betyder, at ansøgeren over for familie, arbejdskolleger og andre sociale kontakter præsenterer sig som en person af det ønskede køn, bliver opfattet som sådan og

¹⁰ Bekendtgørelse nr. 1324 af 27. november 2013.

har gjort det i et års tid. I forhold til fremtoning og påklædning tages der udgangspunkt i, at påklædning er individuel, og at mange mænd og kvinder går i mere eller mindre kønsneutralt tøj. Sexologisk Klinik ser således samlet på, hvordan ansøgeren fremstår.

Ud over samtaler med ansøgeren indhenter Sexologisk Klinik oplysninger fra tidligere behandlingsforløb og andre instanser og har om muligt samtale med pårørende.

Udredningen på Sexologisk Klinik foretages af psykolog og psykiater, der er specielt vidende indenfor feltet.

Hvis vurderingen fra Sexologisk Klinik giver anledning til tvivl om, hvorvidt en person er transseksuel eller ganske må ligestilles hermed, kan der indhentes en supplerende udtalelse fra Retslægerådet, jf. navnebekendtgørelsens § 13, stk. 2.

Sager om undtagelse fra kravet om, at et navn ikke må betegne det modsatte køn, behandles af statsforvaltningen, jf. navnebekendtgørelsens § 13, stk. 3. Statsforvaltningen forelægger sagerne for Ankestyrelsen, Familieretsafdelingen, jf. bekendtgørelsens § 22.

Statsforvaltningen og Ankestyrelsen, Familieretsafdelingen behandler årligt ca. 15 sager om navneændring for transseksuelle personer eller personer, der ganske må ligestilles hermed.

4.4. Paslovgivningen

I danske pas angives pasindehaverens køn på baggrund af vedkommendes cpr-nummer. Personer med lige endetal får således kønsbetegnelsen F, og personer med ulige endetal får kønsbetegnelsen M.

Når Sundhedsstyrelsen har anerkendt, at en person har skiftet køn, jf. punkt 4.1, meddeler styrelsen dette til Økonomi- og Indenrigsministeriets CPR-kontor, som tildeler den pågældende et nyt personnummer i CPR, jf. punkt 4.2. Herefter kan den pågældende få et (nyt) pas med en kønsbetegnelse, der passer til det nye cpr-nummer.

I praksis foregår det således, at oplysningerne om tildeling af nyt personnummer automatisk leveres videre til politiets såkaldte Index2 register, der benyttes af alle politiets centrale systemer, herunder Det Centrale Pasregister. Det tidligere personnummer gemmes i historikken i Index2, således

at oplysninger kan fremsøges ved søgning på enten det nuværende eller det tidligere personnummer.

Ved udstedelse af nyt pas til personer, som har fået anerkendt et kønsskifte af Sundhedsstyrelsen og er blevet tildelt et nyt personnummer, har pasmyndigheden således automatisk via Det Centrale Pasregister og CPR adgang til relevante oplysninger, herunder om der tidligere er udstedt pas til den pågældende person under det tidligere personnummer. At en pasansøger har fået tildelt nyt personnummer medfører således ingen forskel i sagsbehandlingen hos pasmyndigheden.

Personer, som ikke har gennemgået en kønsskifteoperation, men som af Sexologisk Klinik vurderes at være transseksuelle eller ganske ligestillede dermed, kan i henhold til pasbekendtgørelsens¹¹ § 4, stk. 5, få udstedt et pas, hvor den pågældendes køn er betegnet som X. Tilladelse til kønsbetegnelsen X meddeles af Rigspolitiet.

Ordningen er i overensstemmelse med retningslinjerne fra International Civil Aviation Organization (ICAO), hvorefter pasindehaverens køn angives med F for kvinde (female), M for mand (male) eller X for uspecificeret.

Såfremt vurderingen fra Sexologisk Klinik giver anledning til tvivl om, hvorvidt personen er transseksuel eller ganske må ligestilles hermed, kan Rigspolitiet indhente en supplerende udtalelse fra Retslægerådet, jf. pasbekendtgørelsens § 5, stk. 6.

Betingelserne for at få kønsbetegnelsen X i passet svarer til betingelserne for at blive undtaget fra kravet om, at et fornavn skal være kønskorrekt, jf. punkt 4.3.2, hvor gældende praksis for Sexologisk Kliniks vurdering er nærmere beskrevet.

5. Danmarks internationale forpligtelser

Danmark ses ikke at have påtaget sig internationale forpligtelser, der specifikt vedrører juridisk kønsskifte.

Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol (Menneskerettighedsdomstolen) har dog i flere af sine afgørelser haft lejlighed til at tage stilling til

¹¹ Bekendtgørelse nr. 1337 af 28. november 2013 om pas m.v.

spørgsmål vedrørende kønsskifte og behandlingsformer af relevans for emnet. Den følgende gennemgang tager derfor udgangspunkt i de relevante bestemmelser i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMRK) og Menneskerettighedsdomstolens praksis i relation til disse.

Danmarks øvrige internationale forpligtelser ses ikke på dette punkt at række videre end beskyttelsen efter EMRK, og problemstillingen vil derfor i det følgende alene blive vurderet i relation til EMRK.

Retten til selvbestemmelse og privatliv

EMRK artikel 8 har følgende ordlyd:

”Stk. 1. Enhver har ret til respekt for sit privatliv og familieliv, sit hjem og sin korrespondance.

Stk. 2. Ingen offentlig myndighed må gøre indgreb i udøvelsen af denne ret, medmindre det sker i overensstemmelse med loven og er nødvendigt i et demokratisk samfund af hensyn til den nationale sikkerhed, den offentlige tryghed eller landets økonomiske velfærd, for at forebygge uro eller forbrydelse, for at beskytte sundheden eller sædeligheden eller for at beskytte andres rettigheder og friheder.”

Menneskerettighedsdomstolen har anerkendt, at retten til selvbestemmelse eller personlig autonomi er omfattet af privatlivsbegrebet i artikel 8. Menneskerettighedsdomstolen anerkender endvidere, at kønsidentitet og seksuel orientering er omfattet af privatlivsbegrebet, jf. blandt andet *Van Kück mod Tyskland*, dom af 12. juni 2003, pr. 69 og 73, og *Schlumpf mod Schweiz*, dom af 8. januar 2009, pr. 100.

Menneskerettighedsdomstolen har i en række sager taget stilling til den juridiske anerkendelse af transseksuelles kønsskifte. I *B. mod Frankrig*, dom af 25. marts 1992, fastslog Menneskerettighedsdomstolen, at manglende anerkendelse af kønsskifte i forhold til for eksempel offentlige dokumenter og ændring af fornavn konkret kunne udgøre en krænkelse af EMRK artikel 8. I en række andre sager afviste Menneskerettighedsdomstolen imidlertid under henvisning til den vide skønsmargin på dette område, at medlemsstaterne skulle have en positiv pligt til i alle sammenhænge retligt og faktisk at anerkende personers nye identitet som følge af en kønsskifteoperation, jf. f.eks. *Sheffield og Horsham mod Storbritannien*, dom af 30. juli 1998. Ved to domme af 11. juli 2002, *Christine Goodwin mod Storbritannien* og *I. mod Storbritannien*, gjorde Menneskerettighedsdomstolen imidlertid op med sin tidligere praksis og fastslog, at det udgjorde en krænkelse af EMRK artikel 8, at klagerne, som lovligt havde fået foretaget en køns-

skifteoperation fra mand til kvinde, ikke i juridisk henseende kunne blive registreret som kvinder.

Menneskerettighedsdomstolen har dermed fastslået, at spørgsmålet om *anerkendelse af juridisk kønsskifte som sådan* falder inden for rammerne af beskyttelsen i EMRK artikel 8.

Menneskerettighedsdomstolen ses imidlertid ikke ved de nævnte afgørelser eller i øvrigt at have taget stilling til, om det er foreneligt med konventionen, at der som betingelse for juridisk at få anerkendt et kønsskifte stilles krav om, at der er gennemført en bestemt medicinsk behandling eller et bestemt medicinsk indgreb.

Menneskerettighedsdomstolen udtalte derimod, at:

”Having regard to the above considerations, the Court finds that the respondent Government can no longer claim that the matter falls within their margin of appreciation, *save as regards the appropriate means of achieving recognition of the right protected under the Convention.*” (kursivering tilføjet), jf. *Goodwin-dommen*, pr. 93, og *I.-dommen*, pr. 73.

Dette må forstås således, at der på tidspunktet for disse afgørelser fortsat bestod en vid skønsmargin for staten med hensyn til *betingelserne* for at anerkende kønsskifte.

Juridisk kønsskifte foretages i Danmark altid efter en ansøgning fra den pågældende, og det kan derfor anføres, at det som udgangspunkt må være op til den enkelte selv at vurdere, om vedkommende ønsker at gennemgå en behandling med henblik på at kunne få foretaget et juridisk kønsskifte. Der vil altid foreligge et fuldt og informeret samtykke til behandlingen, og ansøgeren kan til enhver tid standse behandlingen ved at trække sin ansøgning om juridisk kønsskifte tilbage.¹² Det kan på denne baggrund anføres,

¹² Menneskerettighedsdomstolen fandt i *V.C. mod Slovakiet*, dom af 8. november 2011, ikke, at der forelå et informeret samtykke fra klageren. I denne sag var en roma-kvinde blevet steriliseret, umiddelbart efter hun havde fået foretaget et kejsersnit. Hun havde lige inden indgrebet underskrevet en fortrykt erklæring, hvorved hun samtykkede til indgrebet. Lægerne fandt, at indgrebet var nødvendigt, da en fornyet graviditet ville indebære betydelig risiko for både hendes og barnets liv. Menneskerettighedsdomstolen fandt ikke, at denne fremgangsmåde var i overensstemmelse med konventionens principper om respekt for menneskets værdighed og frihed og kravene til et informeret samtykke, jf. pr. 112. Da den slovakiske lovgivning gjorde det muligt at foretage et så alvorligt indgreb uden klagerens informerede samtykke, fandt Domstolen, at Slovakiet havde tilsidesat sin

at et krav om behandling som betingelse for juridisk anerkendelse af kønsskifte slet ikke udgør et indgreb i privatlivet efter EMRK artikel 8.

På den anden side kan det anføres, at det udtalte misforhold, som transkønnede personer oplever mellem deres biologiske køn og det oplevede køn, i hvert fald i nogle tilfælde kan lægge et sådant pres på de pågældende, at de reelt føler sig tvunget til at gennemgå behandlingen for at opnå adgang til juridisk kønsskifte, jf. rapportudkastets pkt. 8.3.2. og 8.4.3. Uanset at der måtte foreligge et fuldt informeret samtykke til f.eks. sterilisation med henblik på at få anerkendt et juridisk kønsskifte, vil der således kunne argumenteres for, at en betingelse om sterilisation vil være et indgreb i privatlivet efter EMRK artikel 8.

I den forbindelse kan henvises til en resolution¹³ vedtaget enstemmigt af et udvalg¹⁴ under Europarådets Parlamentariske Forsamling den 15. april 2013 med titlen ”Putting an end to coerced sterilisations and castrations”. I resolutionen bemærkes blandt andet følgende:

“1. Coerced, non-reversible sterilisations and castrations constitute grave violations of human rights and human dignity, and cannot be accepted in Council of Europe member States.

2. Defining the element of “coercion” in sterilisations and castrations is not as self-evident as defining “forced” sterilisations and castrations, which historically have involved physical force or procedures performed without the knowledge of the victim or without the opportunity for the victim to provide consent. The concept of “coercion” is currently evolving in human rights law, based on the definition of the lack of free and informed consent. Thus, even where consent is ostensibly given – also in written form –, it can be invalid if the victim has been misinformed, intimidated or manipulated with financial or other incentives. New concepts of “emotionally coerced sterilisation” and “pressure that diminishes a patient’s autonomy” are currently emerging. Some of these concepts go as far as considering as coercion the lack of freedom from any bias introduced, consciously or unconsciously, by health-care providers, and power imbalances in the patient-provider relationship which may impede the exercise of free decision-making, for example by persons who are not accustomed to challenging persons in positions of authority.

[...]

positive pligt til at sikre klageren en effektiv beskyttelse af sin ret til privat- og familieliv efter artikel 8, jf. pr. 152-154.

¹³ Doc. 13215, 28. maj 2013.

¹⁴ Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development.

7. The Assembly thus urges the member States of the Council of Europe to:

7.1. revise their laws and policies as necessary to ensure that no one can be coerced into sterilization or castration in any way for any reason;

[...]"

I pkt. 4.3 i den forklarende rapport, der knytter sig til resolutionen, fremhæver ordføreren netop krav om sterilisation eller kønskorrigerende behandling som betingelse for anerkendelse af et juridisk kønsskifte.

Det bemærkes desuden, at den svenske Kammerrätten i en dom af 19. december 2012, der vedrørte krav om sterilisation som betingelse for juridisk kønsskifte, udtalte, at begrebet ”påtvingat kropsligt ingrepp” efter rettens opfattelse indebærer mere end blot indgreb, som den pågældende ikke kan forhindre. Kammerrätten fandt, at hvis indgrebet er en betingelse for at få del i en bestemt fordel eller rettighed, er det som regel at anse som påtvunget.

Det fremgår af den ovennævnte praksis fra Menneskerettighedsdomstolen, at Domstolen finder, at adgangen til at opnå juridisk kønsskifte er et område, som løbende er under udvikling, hvorfor der er behov for, at Domstolen følger med i samfundsudviklingen i medlemsstaterne, idet det ifølge Domstolens faste praksis er af afgørende vigtighed, at konventionen fortolkes og anvendes på en sådan måde, at der bliver tale om en reel og effektiv beskyttelse af dens rettigheder.

Det fremgår således af den ovenfor nævnte *I.*-dom, pr. 65, at:

”The Court accordingly attaches less importance to the lack of evidence of a common European approach to the resolution of the legal and practical problems posed, than to the clear and uncontested evidence of a continuing international trend in favour not only of increased social acceptance of transsexuals but of legal recognition of the new sexual identity of post-operative transsexuals.”

Domstolen udtaler videre i samme dom, pr. 71, at:

”[...] the Court considers that society may reasonably be expected to tolerate a certain inconvenience to enable individuals to live in dignity and worth in accordance with the sexual identity chosen by them at great personal cost.”

I den forbindelse bemærkes, at ordføreren i pkt. 4.3 i den forklarende rapport, der knytter sig til ovennævnte resolution, refererer en undersøgelse, der angiveligt viser, at 29 ud af de 47 medlemslande af Europarådet stiller krav om sterilisation for at anerkende juridisk kønsskifte.

Blandt de lande, hvis lovgivning arbejdsgruppen har undersøgt, har flere, herunder Island, Nederlandene, Portugal, Storbritannien, Sverige og Tyskland, i de seneste år opgivet krav om medicinsk behandling som betingelse for at kunne opnå juridisk kønsskifte, jf. punkt 5 nedenfor.

Der er ikke på nuværende tidspunkt holdepunkter i Menneskerettighedsdomstolens praksis for at fastslå, at medlemsstaternes skønsmargin på dette område er indsnævret, men jo flere af Europarådets lande, der opgiver sådanne krav, jo mere sandsynligt er det, at Menneskerettighedsdomstolen vil komme frem til, at der eksisterer så ”clear and uncontested evidence of a continuing international trend”, at den vide skønsmargin ikke længere kan opretholdes, og at betingelser om medicinsk behandling eller medicinske indgreb derfor udgør et indgreb i EMRK artikel 8.

Det fremgår af EMRK artikel 8, stk. 2, at ingen offentlig myndighed må gøre indgreb i udøvelsen af retten efter artikel 8, stk. 1, medmindre det sker i overensstemmelse med loven og er nødvendigt i et demokratisk samfund af hensyn til den nationale sikkerhed, den offentlige tryghed eller landets økonomiske velfærd, for at forebygge uro eller forbrydelse, for at beskytte sundheden eller sædeligheden eller for at beskytte andres ret og frihed. Menneskerettighedsdomstolen har ved flere lejligheder udtalt, at opregningen af hensyn er udtømmende.

Hertil kommer, at indgrebet skal være proportionalt. Jo mere indgribende betingelser der opstilles, jo mere tungtvejende skal de legitime (mod)hensyn for at stille betingelse om foretagelse af indgrebet være.

Uanset om Menneskerettighedsdomstolen anser en given situation for at være et indgreb i rettighederne efter EMRK artikel 8 eller en tilsidesættelse af statens positive forpligtelser efter denne bestemmelse, foretager Domstolen en afvejning af indgrebet over for sådanne legitime hensyn, se f.eks. *Goodwin*-dommens pr. 93 og *I.*-dommens pr. 73.

I disse domme afviste Menneskerettighedsdomstolen, at hensynet til sammenhæng i fødselsregistreringssystemet (længere) kunne begrunde et afslag på anerkendelse af juridisk kønsskifte, idet der allerede i andre tilfæl-

de blev gjort undtagelser i forhold til fødselsregistreringen, f.eks. i forbindelse med adoption. En yderligere undtagelse for transseksuelle fandtes ikke at ville medføre en risiko for undergravelse af systemet, jf. henholdsvis pr. 87 og pr. 67.

Om hensynet til den transkønnede lagde Domstolen i *Goodwin*-dommen, pr. 77, og *I.*-dommen, pr. 57, blandt andet vægt på følgende:

”It must also be recognised that serious interference with private life can arise where the state of domestic law conflicts with an important aspect of personal identity [...]. The stress and alienation arising from a discordance between the position in society assumed by a post-operative transsexual and the status imposed by law which refuses to recognize the change of gender cannot, in the Court’s view, be regarded as a minor inconvenience arising from a formality. A conflict between social reality and law arises which places the transsexual in an anomalous position, in which he or she may experience feelings of vulnerability, humiliation and anxiety.”

Det kan anføres, at også transkønnede, der ikke har fået foretaget en kønskorrigerende operation, kan siges at befinde sig i en sådan “anomalous position”, i og med at de i forskellige situationer bliver konfronteret med, at der ikke er overensstemmelse mellem det selvoplevede og det formelt registrerede køn.

I den forbindelse kan der henvises til sagen *L. mod Litauen*, dom af 11. september 2007, hvor EMRK artikel 8 blev påberåbt af klageren, der operativt havde fået foretaget et delvist kønsskifte. Klageren gjorde gældende, at den litauiske stat ikke havde opfyldt sin positive forpligtelse efter EMRK artikel 8, idet der ikke var nogen regulering af, hvilke betingelser der skulle være opfyldt for at opnå juridisk kønsskifte. Om dette spørgsmål udtalte Menneskerettighedsdomstolen blandt andet, at

”[...] the circumstances of the case reveal a limited legislative gap in gender reassignment surgery, which leaves the applicant in a situation of distressing uncertainty vis-à-vis his private life and the recognition of his true identity.”, jf. pr. 59.

På vegne af en række internationale menneskerettighedsorganisationer tog de to organisationer International Commission of Jurists og International Service for Human Rights initiativ til at afholde et ekspertmøde i Yogyakarta, Indonesien, den 6.-9. november 2006 om menneskerettigheder i forhold til seksuel orientering og kønsidentitet. På baggrund af mødet vedtog 29 menneskerettighedseksperter fra 25 forskellige lande de såkaldte Yo-

gyakarta-principper¹⁵ om anvendelsen af international menneskerettighedslovgivning i forhold til seksuel orientering og kønsidentitet. Principperne indeholder retningslinjer for, hvordan der bedst muligt tages hensyn til den transseksuelle person. Princip nr. 3 omhandler retten til juridisk anerkendelse, og det fremgår heraf, at staten bør sikre alle nødvendige lovgivningsmæssige og administrative procedurer for, at identitetspapirer, herunder fødselsattester, pas mv. afspejler personens selv-definerede køn, og at ændringer i identitetsdokumenter mv. anerkendes i alle relevante sammenhænge. Samtidig bør ingen tvinges til at undergå medicinsk behandling, herunder kønsskifteoperation for at opnå juridisk anerkendelse af deres kønsidentitet. Staten bør desuden påtage sig målrettede programmer for personer, der undergår kønsskifteforandring.

Thomas Hammarberg, som var Europarådets Kommissær for Menneskerettigheder i perioden 2006-2012, afgav den 29. juli 2009 et såkaldt Issue Paper om menneskerettigheder og kønsidentitet.¹⁶ Papiret omhandler implementering af Yogyakarta-principperne, herunder udviklingen af hurtige og transparente procedurer vedrørende skift af køn og navn på fødselsattester, identitetspapirer, pas mv., og afskaffelse af kravet om, at juridisk anerkendelse af en persons foretrukne køn alene kan ske efter forudgående sterilisation eller anden tvangsmæssig sundhedsfaglig behandling.

På side 44 fremsætter Thomas Hammarberg en række anbefalinger til Europarådets medlemsstater, herunder om at:

“4. Abolish sterilisation and other compulsory medical treatment as a necessary legal requirement to recognise a person’s gender identity in laws regulating the process for name and sex change;”

Sammenfattende kan det på baggrund af ovenstående ikke med sikkerhed fastslås, hvordan Menneskerettighedsdomstolen på nuværende tidspunkt vil vurdere krav om medicinske indgreb eller behandling som betingelse for juridisk anerkendelse af kønsskifte. Som anført ovenfor har Menneskerettighedsdomstolen hidtil tillagt staterne en vid skønsmargin på dette om-

¹⁵ Yogyakarta Principles on the Application of International Human Rights Law in relation to Sexual Orientation and Gender Identity, tilgængelige på <http://www.yogyakartaprinciples.org/>.

¹⁶ Thomas Hammarbergs Issue Paper (2009) 2, Human Rights and Gender Identity, Europarådet. Af papiret fremgår, at ”Issue papers are commissioned and published by the Commissioner for Human Rights for the purpose of contributing to debate or further reflection on a current and important human rights matter. All opinions in these expert papers do not necessarily reflect the position of the Commissioner.”

råde. Desuden er der som nævnt tale om ansøgningssager, hvorfor det i sidste ende er op til den enkelte ansøger, om man ønsker at gennemgå et indgreb eller behandling for at opnå den ønskede juridiske anerkendelse. Heroverfor står dog som nævnt, at der i flere sammenhænge synes at være en tendens i retning at opgive sådanne krav, herunder blandt andet fordi man anser det for at være udtryk for (indirekte) tvang overfor de pågældende. Det må antages, at Domstolen i hvert fald vil finde, at der er tale om et indgreb i retten til privatliv, jf. EMRK artikel 8.

Et sådant indgreb i retten til privatliv, jf. EMRK artikel 8, skal som beskrevet ovenfor være sagligt begrundet under henvisning til en af de grunde, der er anført i EMRK artikel 8, stk. 2, og det skal desuden være proportionalt.

Også i forbindelse med vurderingen af saglig begrundelse og proportionalitet vil det spille en rolle, om Menneskerettighedsdomstolen fortsat vil være villig til at overlade medlemsstaterne en vid skønsmargin i forhold til betingelser for juridisk anerkendelse af kønsskifte. Som nævnt ovenfor har flere Europarådslande opgivet krav om medicinske indgreb eller behandling som betingelse for juridisk anerkendelse af kønsskifte, og det kan derfor ikke udelukkes, at Domstolen vil finde, at medlemsstaternes skønsmargin på området allerede i dag er indsnævret.

I øvrigt må det antages, at den ovenfor nævnte resolution, Yogyakarta-principperne mv. vil indgå med en vis vægt i Domstolens vurdering i forbindelse med en eventuel klagesag om, hvorvidt EMRK artikel 8 er krænket ved krav om medicinske indgreb eller medicinsk behandling som betingelse for juridisk kønsskifte.

Forbud mod umenneskelig og nedværdigende behandling

EMRK artikel 3 har følgende ordlyd:

”Ingen må underkastes tortur og ej heller umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf.”

Forbuddet i EMRK artikel 3 er absolut, og der kan derfor ikke under nogen omstændigheder gøres undtagelser fra forbuddet.

Det centrale område for bestemmelsen er tortur og andre former for overlagt mishandling. Det fremgår af Menneskerettighedsdomstolens praksis, at behandlingen må antage en vis grad af alvorlighed for at falde ind under

beskyttelsen i artikel 3. Det er dog ikke et krav, at handlingen direkte har til hensigt at påføre personen en uværdig eller nedværdigende behandling, jf. f.eks. den ovenfor nævnte sag *V.C. mod Slovakiet*, pr. 119.

En handling, der har et tvangsmæssigt præg, dog uden at have til hensigt at påføre en person en uværdig eller nedværdigende behandling, kan således efter omstændighederne falde inden for rammerne af artikel 3. Vurderingen heraf er relativ og afhænger af alle sagens omstændigheder, så som varigheden af behandlingen, dens fysiske og psykiske effekt og i nogle sager offerets køn, alder og helbredsmæssige status, jf. f.eks. *V.C. mod Slovakiet*, pr. 101.

Menneskerettighedsdomstolen fandt i denne sag, at der var sket en krænkelse af artikel 3, og udtalte blandt andet følgende:

”106. The Court notes that sterilisation constitutes a major interference with a person’s reproductive health status. As it concerns one of the essential bodily functions of human beings, it bears on manifold aspects of the individual’s personal integrity including his or her physical and mental well-being and emotional, spiritual and family life. It may be legitimately performed at the request of the person concerned, for example as a method of contraception, or for therapeutic purposes where the medical necessity has been convincingly established.

107. However, in line with the Court’s case-law referred to above, the position is different in the case of imposition of such medical treatment without the consent of a mentally competent adult patient. Such a way of proceeding is to be regarded as incompatible with the requirement of respect for human freedom and dignity, one of the fundamental principles on which the Convention is based.”

I det konkrete tilfælde fandt Menneskerettighedsdomstolen ikke, at det af klageren afgivne samtykke til behandlingen levede op til de krav, der må stilles til et informeret samtykke, jf. pr. 117-118.

Det må imidlertid anses for tvivlsomt, om Menneskerettighedsdomstolen vil anse et krav om et bestemt medicinsk indgreb eller en bestemt medicinsk behandling som betingelse for juridisk kønsskifte for at være omfattet af artikel 3, da der i alle tilfælde vil foreligge et fuldt og informeret samtykke til behandlingen, som den transkønnede kan træde tilbage fra, helt ind til indgrebet er gennemført. Denne situation afviger væsentligt fra situationen i *V.C. mod Slovakiet*.

I sagen *L. mod Litauen* blev artikel 3 påberåbt af klageren, idet klageren gjorde gældende, at den manglende regulering af, hvilke betingelser der

skulle være opfyldt for at opnå juridisk kønsskifte, medførte en sådan ”distress and frustration”, at det var i strid med artikel 3. Menneskerettighedsdomstolen afviste, at bestemmelsen fandt anvendelse i dette tilfælde. I stedet fandt Domstolen det mere hensigtsmæssigt at behandle klagen efter artikel 8.

Sammenfattende findes behandling som betingelse for juridisk anerkendelse af kønsskifte ikke at rejse spørgsmål i forhold til EMRK artikel 3, så længe der foreligger et fuldt og informeret samtykke.

6. Udenlandsk ret

Arbejdsgruppen har gennem Udenrigsministeriet indhentet oplysninger om reglerne for juridisk kønsskifte i Argentina, Island, Nederlandene, Norge, Portugal, Storbritannien, Sverige og Tyskland.

6.1. Argentina

I Argentina har juridisk kønsskifte siden 2012 været reguleret ved lov nr. 26.743¹⁷. Loven giver alle ret til

- anerkendelse af deres køn,
- fri og personlig udvikling i henhold til egen kønsidentitet, og
- at blive behandlet i overensstemmelse med denne kønsidentitet og at blive identificeret på denne måde i dokumenter, der viser deres identitet, for så vidt angår navn, billede og registreret køn.

Loven indebærer, at juridisk kønsskifte i Argentina frit kan foretages af enhver borger over 18 år, såfremt dennes juridiske køn ikke er i overensstemmelse med den pågældendes egen kønsopfattelse. Der er ikke adgang til juridisk kønsskifte for personer under 18 år.

Skriftlig anmodning om juridisk kønsskifte fremsættes til det argentinske folkeregister. Der stilles ikke krav om kirurgiske indgreb, medicinsk eller psykologisk behandling eller rådgivning.

Efter et juridisk kønsskifte beholder den pågældende sit tidligere personnummer og sine tidligere rettigheder og forpligtelser.

¹⁷ En engelsk oversættelse af loven er tilgængelig på:

<http://globaltransaction.files.wordpress.com/2012/05/argentina-gender-identity-law.pdf>

2872 borgere har i perioden mellem 24. maj 2012 og 21. marts 2013 fået juridisk kønsskifte.

6.2. Portugal

Siden marts 2011¹⁸ har det været muligt for portugisiske statsborgere over 18 år at opnå juridisk kønsskifte, hvis den pågældende har en kønsidentitetsforstyrrelse (transseksualitet), der er bekræftet af et tværfagligt team med ekspertise inden for medicinsk seksualitet i en rapport underskrevet af en læge og en psykolog.

Ansøgning om juridisk kønsskifte indgives til et folkeregisterkontor, som træffer afgørelse på baggrund af de fremlagte dokumenter, herunder rapporten fra det ovennævnte tværfaglige team.

Juridisk kønsskifte medfører, at den pågældende får de rettigheder og pligter, som hører til det nye køn. Der udstedes en ny fødselsattest til vedkommende.

Der findes ikke statistik over antallet af personer, som er blevet meddelt juridisk kønsskifte.

6.3. Sverige

I Sverige er adgangen til juridisk kønsskifte betinget af, at ansøgeren er over 18 år, har folkeregisteradresse i Sverige og er diagnosticeret som transseksuel.

Det var tidligere tillige en betingelse, at ansøgeren var steriliseret. Stockholms Kamarrätt afsagde imidlertid den 19. december 2012 en dom¹⁹, hvor Kamarrätten fandt kravet om sterilisation uforeneligt med Den Europæiske Menneskerettighedskonventions artikel 8 og 14. Domstolen fandt, at kravet ikke forekom sagligt begrundet eller proportionalt, hvorfor det ikke kunne retfærdiggøres. Kravet om sterilisation som betingelse for

¹⁸ Lei 7/2011 igualdade de género. Lov 7/2011 om kønsidentitet, trådte i kraft 16. marts 2011. Link til loven:

http://www.pgdlisboa.pt/pgdl/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1308&tabela=leis&nve rsao

¹⁹ Mål nr. 1968-12, dom afsagt af Kamarrätten i Stockholm, Avdelning 3, den 19. december 2012.

juridisk kønsskifte har ikke været håndhævet siden Kammarrättens dom og er afskaffet ved lovændring, som trådte i kraft den 1. juli 2013²⁰.

En diagnose som transseksuel opnås hos speciallæger i psykiatri tilknyttet universitetshospitaler. Kønskorigerende behandling gives til personer, der er diagnosticeret som transseksuelle, og som opfylder de medicinske og psykiske forudsætninger for at gennemgå undersøgelse og behandling. Behandling af transseksuelle personer betales af den offentlige sygesikring.

Afgørelser om kønsskifte træffes af Rättsliga Rådet²¹. Skatteverket orienteres automatisk ved et juridisk kønsskifte og sender på den baggrund den pågældende et nyt personnummer, på hvilken baggrund den pågældende kan orientere banker, forsikringsselskaber mv. Pas og kørekort kan efterfølgende udskiftes.

Personer under 18 år kan ansøge om et juridisk kønsskifte, hvis der er tale om en medfødt afvigelse i kønsudviklingen, og ændringen af personens køn vil være foreneligt med kønsidentiteten og bedst foreneligt med personens kropslige tilstand. Såfremt den pågældende er under 18 år og uden værge, kan den pågældende selv søge. Har den pågældende en værge, kan værgerne ansøge om kønsskifte. For personer mellem 12 og 18 år kræves desuden den pågældendes samtykke. For personer under 18 år tages der ved vurderingen af ansøgningen hensyn til personens vilje, alder og modenhed i betragtning²².

I perioden 1992-2009 har 540 personer indgivet ansøgning til Rättsliga Rådet om juridisk kønsskifte. I 12 ansøgninger er der meddelt afslag. Omkring 65 procent af ansøgerne anmoder om kønsskifte fra mand til kvinde, resten fra kvinde til mand.

Det bemærkes, at personer over 18 år frit kan skifte fornavn i Sverige uanset biologisk eller juridisk køn. Navneskifte for personer under 18 år kræver godkendelse fra forældre, værger eller lignende. Personer mellem 12 og 18 år skal endvidere selv give samtykke til navneændringen.

²⁰ § 1 i Lag (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall.

²¹ Den svenske socialstyrelses råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor.

²² § 2 i Lag (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall.

6.4. Tyskland

Siden 1981 har juridisk kønsskifte i Tyskland været reguleret ved lov om transseksuelle²³. Loven er løbende blevet revideret, senest i 2011.

Loven indeholder to muligheder for juridisk kønsskifte. Den såkaldte ”lille løsning” indebærer en tilladelse til ændring af ansøgerens fornavn og mulighed for at få ændret kønsangivelsen i vedkommendes pas, mens den såkaldte ”store løsning” indebærer, at både navn og kønsangivelse ændres i overensstemmelse med det oplevede køn i alle officielle papirer.

Kriterierne for begge løsninger er, at ansøgeren på grund af sin seksuelle prægning ikke længere føler et tilhørsforhold til det fødte køn og i de forløbne tre år har ønsket at leve som det oplevede køn.

Tidligere krævede den store løsning tillige, at ansøgeren havde underkastet sig et operativt indgreb, samt at ansøgeren var infertil, men dette krav blev i 2011 underkendt af den tyske Forbundsforfatningsdomstol som stridende imod den grundlæggende personlige ret til legemlig ubeskadigelse.

Lovgivningen indeholder ingen mindstealder for juridisk kønsskifte. Lovgivningen omfatter også flygtninge, statsløse og udlændinge med fast bopæl i Tyskland, hvis der ikke i de pågældendes hjemlande er lignende lovgivning.

Når den store løsning er valgt, opnår den pågældende de samme rettigheder og pligter i forhold til sit nye køn som ikke-transseksuelle personer. Den pågældende opretholder samtidig sin hidtidige retsstilling i forhold til både forældre og børn, herunder også i adoptionssager, der er afsluttet forud for kønsskiftet.

Afgørelsen af, om kønsskifte kan opnås, træffes af en domstol på baggrund af ekspertudtalelser indhentet fra to sagkyndige, der er særligt fortrolige med transseksuelle temaer. De to sagkyndige udfærdiger deres udtalelser uafhængigt af hinanden og på baggrund af en personlig høring af ansøgeren. Ansøgeren har mulighed for at klage over resultatet.

²³ Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz) af 10. september 1980, BGBl. I S. 1654.

I 2010 modtog de tyske myndigheder 1.118 ansøgninger, i 2011 var antallet 1.657 ansøgninger. Der er ikke statistik over, hvor mange ansøgninger der er imødekommet.

6.5. Island

Den islandske lov om den retlige status for personer med kønsidentitetssygdomme trådte i kraft den 27. juni 2012²⁴. I henhold til lovens artikel 6 kan personer, som er blevet diagnosticeret og har modtaget behandling af det Nationale Universitetshospitals Team for Kønsidentitetsforstyrrelse, ansøge et ekspertpanel om anerkendelse af, at den pågældende tilhører det andet køn.

En ansøgning skal ledsages af en rapport fra teamet for kønsidentitetssygdomme, hvoraf det blandt andet skal fremgå, at ansøgeren har været under behandling hos teamet i 18 måneder og har levet som det oplevede køn i mindst et år. Anerkendelse er tillige betinget af, at den pågældende er myndig (18 år gammel) og lovlig har bopæl i Island, at vedkommende har opholdt sig lovligt i Island de seneste to år, samt at vedkommende er dækket af en sundhedsforsikring under sundhedsforsikringsloven.

Ekspertpanelet består af tre medlemmer, der udpeges for fire år ad gangen af velfærdsministeren. Panelets formand er medicinsk direktør for sundhed og udpeges sammen med en anden sundhedsfaglig person uden nominering. Det tredje medlem er en advokat, som udpeges efter nominering af den minister, som er ansvarlig for menneskerettigheder.

En ansøger, som får anerkendt, at vedkommende tilhører det andet køn, opnår samtlige rettigheder for det pågældende køn.

6.6. Storbritannien

Juridisk kønsskifte er i Storbritannien reguleret ved *Gender Recognition Act* fra 2004. Betingelserne for at opnå juridisk kønsskifte er, at den pågældende skal være fyldt 18 år, lide eller have lidt af kønsdysfori, have levet som transkønnet i mindst to år og have i sinde at fortsætte hermed resten af livet.

²⁴ En engelsk oversættelse af loven findes på det islandske Velfærdsministeriums hjemmeside: http://eng.velferdarraduneyti.is/media/acrobat-enskar_sidur/Act-on-the-legal-status-of-individuals-with-gender-identity-disorder-No-57-2012_220413.pdf

Ansøgere, der ikke har gennemgået en fuldstændig kønskorregerende operation, skal vedlægge ansøgningen to lægefaglige evalueringsrapporter om den pågældendes diagnose og om eventuel udført eller planlagt kønskorregerende behandling. Kønskorregerende behandling er imidlertid ikke en betingelse for at opnå juridisk kønsskifte.

Hvis de nævnte kriterier er opfyldt, får den pågældende et såkaldt Gender Recognition Certificate (GRC), som giver den pågældende de samme rettigheder som det køn, man identificerer sig med. Personer, der er født i Storbritannien, kan desuden vælge at få udstedt en ny fødselsattest.

Ansøgning om juridisk kønsskifte indgives til et panel nedsat under Justitsministeriet. Panelet består af medlemmer med henholdsvis juridisk og medicinsk baggrund.

De britiske myndigheder modtog 3576 ansøgninger i årene 2004-2012 og meddelte i den samme periode tilladelse til 3257 personer.

6.7. Nederlandene

I Nederlandene forudsætter juridisk kønsskifte, at den pågældende har undergået kønskorregerende behandling og ikke længere er i stand til at få børn. Der kan dog gøres en undtagelse, såfremt den pågældende af helbredsmæssige eller psykologiske årsager ikke kan gennemføre et indgreb.

Det nederlandske parlament vedtog den 9. april 2013 et lovforslag om at ændre den gældende lovgivning på området for kønsskifte således, at juridisk kønsskifte kan tillades uden krav om kirurgiske indgreb for personer over 16 år. Juridisk kønsskifte kan efter lovforslaget tillades, hvis det er personens overbevisning, at vedkommende tilhører det andet køn, og overbevisningen er af blivende karakter og bekræftes af en ekspert.

Lovforslaget behandles nu i Senatet, hvor der er fremkommet en række bemærkninger til lovforslaget, herunder om den foreslåede aldersgrænse, om hvem der skal betegnes far og mor, og hvem der kan afgive en ekspertudtalelse.

6.8. Norge

Juridisk kønsskifte i Norge forudsætter, at der er gennemført en fuldstændig kønskorregerende operation, dvs. at testikler eller ovarier er fjernet kirurgisk med henblik på et kønsskifte.

Norge har ingen selvstændig lovgivning, som regulerer juridisk kønsskifte. En persons køn registreres i folkeregisteret på baggrund af den medicinske og biologiske definition af køn, som registreres ved fødslen. En persons køn afspejles i personnummeret, som i tredje ciffer indikerer, hvilket køn den pågældende har. Et personnummer kan alene ændres, når fødselsdato eller kønsstatus ændres.

Ændring af kønsstatus hører under Skattedirektoratet og Finansdepartementet, som har ansvaret for folkeregisteret, og foretages på baggrund af en bekræftelse fra den norske Helsetjeneste af, at der er foretaget en reel kønskonvertering.

Vurderingen af, om der er foretaget en reel kønskonvertering, foretages på baggrund af en medicinsk, biologisk definition af køn. Udgangspunktet for denne definition er produktionen af kønsceller, dvs. æg- og sædceller. Reel kønskonvertering fortolkes som en gennemførelse af en fuldstændig kønskorrigerende operation, hvorved testikler/ovarier fjernes kirurgisk i den hensigt at skifte køn.

I praksis bekræfter Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet, over for Skattedirektoratet, at der er fundet en endelig kirurgisk kønskonvertering sted. Skattedirektoratet ændrer på den baggrund den pågældendes kønsstatus og tildeler et nyt personnummer til den pågældende.

For personer, der har fået foretaget kønskorrigerende behandling i udlandet, bekræftes denne behandling ligeledes af Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet, før Skattedirektoratet kan registrere den pågældende under det nye køn.

Kirurgisk kønskonvertering foretages alene på personer over 18 år i Norge. Pubertetsudsættende behandling kan igangsættes i 11-15 års alderen, mens kønskorrigerende hormoner kan iværksættes fra 16 års alderen.

I oktober 2012 var 300 personer under behandling på Rikshospitalet, hvoraf 149 personer var under udredning, heraf 41 børn under 16 år. 37 personer var under hormonbehandling, 32 personer var på kirurgisk venteliste og 82 personer var postoperative opfølgningsspatienter.

Helse- og omsorgsdepartementet har igangsat opfølgning på en rapport af 1. oktober 2012 fra Helsedirektoratet²⁵, som blandt andet anbefaler, at der iværksættes et arbejde med henblik på at afklare begrebet reel kønskonvertering i relation til adgangen til at skifte personnummer. Departementet mener, at det bør blive enklere og lettere tilgængeligt at få bekræftet ændret køn, samtidig med at der må være klare kriterier for undersøgelse og attestering. I samråd med Helsedirektoratet vil man overveje behovet for ændring af kriterierne for kønsskifte i lyset af blandt andet den internationale udvikling og internationale menneskerettighedsforpligtelser.

7. Tilkendegivelser fra interesseorganisationer

LGBT Danmarks holdning til juridisk kønsskifte er i foreningens transpolitik formuleret som følger:

”En myndig person har ret til et juridisk kønsskifte. For ikke-myndige kræves samtykke fra forældremyndighedsindehaver/værge.”

LGBT har foreslået, at der sker en adskillelse af det juridiske og det fysiske kønsskifte. Der bør gives adgang til juridisk kønsskifte uden krav om kastration, diagnose eller en periode, hvori ansøgeren har levet som det modsatte køn. For så vidt angår kravet om at leve som det modsatte køn finder LGBT, at det vil være stærkt normativt og umuligt for lovgiver at definere på en meningsfuld måde.

Retten til juridisk kønsskifte skal også gælde børn, som skal have mulighed for at afsøge og udvikle sin kønsidentitet. Barnets tarv skal komme i første række, og barnet skal høres.

Foreningen Af Transkønnede I Danmark – FATID – har foreslået, at juridisk og kirurgisk kønsskifte adskilles og behandles som to forskellige situationer.

FATID har foreslået, at et juridisk kønsskifte skal forudsætte en udtalelse fra egen læge eller en psykolog, hvorved psykisk sygdom udelukkes. Det skal i den forbindelse sikres, at den pågældende er bekendt med, hvad det vil sige at leve som det modsatte køn, herunder ved at modtage en folder herom.

²⁵ Helsedirektoratets brev af 1. oktober 2012, j.nr. 10/5482 ”Gjennemgang av behandlingstilbudet til transseksuelle og transpersoner”.

Tilladelse til juridisk kønsskifte skal betinges af, at den pågældende i et år har levet som det modsatte køn og ønsker at gøre dette fremover. Med begrebet at leve som det modsatte køn forstås ikke blot den ydre fremtoning, men også ansøgerens måde at tænke og opføre sig på.

Ansøgere skal kunne tildeles et navn og et personnummer, som er kønsbestemt for det køn, ansøgeren ønsker at leve som.

Ansøgere skal tilbydes støtte, som skal tilrettelægges efter ansøgerens alder. Den foreslåede støtte kan indeholde andre ting, men bør indebære, at ansøgeren og ansøgerens familie tilknyttes en psykolog.

FATID har endvidere foreslået, at der ved juridisk kønsskifte indføres en brugerbetaling på 1.000 kr. Foreningen peger endvidere på, at man med anvendelse af lokale psykologer vil kunne spare penge på tabt arbejdsfortjeneste, transport og bevilling til Sexologisk Klinik, og at Sexologisk Klinik samtidig vil få frigjort ressourcer til at arbejde med de personer, som ønsker et operativt kønsskifte.

8. Modeller for juridisk kønsskifte

Efter nogle indledende betragtninger om familieformer (punkt 8.1), som er et generelt tema i overvejelserne om juridisk kønsskifte uden krav om kastration, opsummeres den gældende ordning for juridisk kønsskifte (punkt 8.2). Dernæst gennemgås 3 modeller for en fremtidig ordning for juridisk kønsskifte uden krav om kastration (punkt 8.2-8.4).

Modellerne er ledsaget af en diskussion af fordele og ulemper ved de enkelte modeller.

Af de 3 modeller giver model 1 adgang til juridisk kønsskifte uden krav om behandling eller lægefaglig udredning, mens model 2 og 3 giver adgang til juridisk kønsskifte uden krav om behandling, men med krav om lægefaglig udredning. Arbejdsgruppen har endvidere overvejet mulighederne for en model, hvor juridisk kønsskifte er betinget af såvel lægefaglig udredning som behandling, jf. punkt 8.5. Som det fremgår af punkt 8.6 rejser en sådan model imidlertid spørgsmål i relation til Den Europæiske Menneskerettighedskonvention.

Det bemærkes, at arbejdsgruppen for samtlige modeller forudsætter, at en person, som juridisk har skiftet køn, skal kunne ansøge om og uden videre

opnå tilladelse til på ny at få juridisk status svarende til det biologiske køn med den konsekvens, at den pågældende gentildeles det gamle personnummer.

Arbejdsgruppen forudsætter endvidere for samtlige modeller, at ansøgeren skal være fyldt 18 år. Arbejdsgruppen har overvejet, om der som led i de enkelte modeller bør indføres ordninger med juridisk kønsskifte for personer under 18 år. På nuværende tidspunkt, hvor det endnu ikke er afklaret, hvilke udrednings- og behandlingstilbud unge transseksuelle under 17-18 år skal tilbydes, jf. punkt 3.3 ovenfor, finder arbejdsgruppen imidlertid ikke, at det fornødne grundlag er til stede for at vurdere, om - og i givet fald efter hvilke kriterier og procedurer - der bør indføres mulighed for juridisk kønsskifte for personer under 18 år.

8.1. Indledende bemærkninger om familieformer

Juridisk kønsskifte uden krav om kastration indebærer, at juridiske mænd efter omstændighederne kan blive biologiske mødre, og at juridiske kvinder kan blive biologiske fædre.

Arbejdsgruppen skal i den forbindelse bemærke, at der allerede i dag i Danmark er børn, hvis biologiske far eller mor er transkønnet og lever som det modsatte køn. Transkønnede kan endvidere allerede i dag opnå juridisk kønsskifte (efter kastration), uanset at de har børn.

Der er også i øvrigt i dagens Danmark mange andre familieformer end den strengt traditionelle.

Danmarks Statistik henviser således i sin årlige statistik om børnefamilier²⁶ til 37 forskellige familieformer (par med børn, enlig mor med børn, enlig far med samværsbørn, par med fars samværsbørn, par med mors særbørn, par med mors særbørn samt fars samværsbørn osv.).

Der kan endvidere peges på, at lesbiske og enlige kvinders adgang til assisteret reproduktion med virkning fra den 1. januar 2007 blev sidestillet med heteroseksuelle pars adgang hertil, og at der siden 1. juli 2010 har været fuld ligestilling mellem registrerede partnere og ægtefæller med hensyn til både adoption og forældremyndighed.

²⁶ Se f.eks. Nyt fra Danmarks Statistik nr. 214 af 25. april 2012.

Endelig kan der peges på lov nr. 652 af 12. juni 2013 om ændring af børneloven og forskellige andre love (Medmoderskab mv.), som blandt andet udvider børnelovens anvendelsesområde således, at loven også omfatter fastsættelsen af medmoderskab til et barn, der er blevet til ved assisteret reproduktion ved en sundhedsperson, når medmoren har givet samtykke til befrugtningen og erklæret at ville være medmor til barnet. Det gælder, uanset om medmoren og barnets mor er gift med hinanden, har indgået registreret partnerskab med hinanden eller er ugifte. Reglerne om faderskab tillempe samtidig sådan, at de så vidt muligt også finder anvendelse på medmoderskab.

8.2. Opsummering af den gældende ordning

Som det fremgår af punkt 4, er der efter gældende ret alene adgang til fuldt juridisk kønsskifte for personer, som er diagnosticeret som transseksuelle, og som har fået foretaget kastration. Kønsskiftet anerkendes af Sundhedsstyrelsen, jf. punkt 4.1, der herefter orienterer Økonomi- og Indenrigsministeriets CPR-kontor, som tildeler et nyt cpr-nummer til den pågældende i overensstemmelse med det nye køn, jf. punkt 4.2.

Det nye CPR-nummer giver adgang til ændring af fornavn og udstedelse af nye personlige dokumenter som f.eks. pas, kørekort og fødselsattest i overensstemmelse med det nye køn.

Herudover er der efter gældende ret mulighed for – som en slags delvis juridisk kønsskifte – at tage et fornavn, der betegner det modsatte køn, og få kønsbetegnelsen X (for uspecificeret) i passet, hvis Sexologisk Klinik vurderer, at den pågældende enten er transseksuel eller ganske må ligestilles hermed. Reglerne om navne og pas er beskrevet nærmere i punkt 4.3 og 4.4.

8.3. Model for juridisk kønsskifte uden krav om lægefaglig udredning eller behandling

8.3.1. Model 1 - Erklæringsmodellen

Efter denne model, som i vidt omfang svarer til ordningen i Argentina, jf. punkt 6.1, kan personer, der oplever et misforhold mellem det biologiske køn og det køn, som den pågældende oplever sig selv som tilhørende, få tilladelse til juridisk kønsskifte ved at indgive ansøgning herom. Ansøgningen skal vedlægges en erklæring om, at ansøgningen er begrundet i en oplevelse af at tilhøre det andet køn. Ansøgningen må således ikke være

begrundet i andre forhold, så som et ønske om at skifte køn ”for sjov”, som led i en aktion for større ligestilling mellem mænd og kvinder mv., i et forsøg på at sløre sin identitet eller for at opnå kønsrelaterede fordele²⁷.

Ansøgning om kønsskifte indgives til Økonomi- og Indenrigsministeriet (CPR-kontoret), som uden at inddrage andre myndigheder tildeler ansøgeren et nyt CPR-nummer svarende til det ønskede køn med deraf følgende krav om kønskorrekt navn i forhold til det nye køn og mulighed for nyt pas mv.

Ved en model, som ikke involverer sundhedsmyndigheder eller andre faglige eksperter, er det ikke muligt at foretage en egentlig efterprøvelse af, om ansøgningen vitterlig er begrundet i en oplevelse af at tilhøre det modsatte køn.

Hvis Økonomi- og Indenrigsministeriet senere, eksempelvis gennem efterfølgende omtale i pressen, bliver opmærksom på, at den afgivne erklæring herom er urigtig, vil tilladelsen til juridisk kønsskifte imidlertid kunne ophæves efter de almindelige forvaltningsretlige regler. Konsekvensen heraf vil være, at den pågældende gentildeles det oprindelige personnummer. Urigtige oplysninger i den afgivne erklæring om begrundelsen for ansøgningen om kønsskifte vil efter omstændighederne kunne straffes efter straffelovens § 163.

Tiden fra ønsket om juridisk kønsskifte opstår, og til det juridiske kønsskifte er effektueret, kan med denne model være meget kortvarig. For at minimere risikoen for, at de pågældende fortryder deres beslutning og ansøger om på ny at få juridisk status svarende til det biologiske køn, jf. indledningen til punkt 8 ovenfor, finder arbejdsgruppen derfor, at modellen med fordel kan kombineres med et krav om en refleksionsperiode på 6 måneder fra ansøgningstidspunktet, hvorefter den pågældende skal bekræfte sin ansøgning, inden den kan imødekommes.

En sådan refleksionsperiode vil kunne sikre, at ønsket om juridisk kønsskifte ikke er udtryk for en impulsiv beslutning. Ansøgeren vil i øvrigt kunne benytte refleksionsperioden til at leve som det ønskede køn – dvs.

²⁷ Eksempelvis har Forsvarsministeriet bemærket, at der særligt i forhold til erklæringsmodellen kan være en minimal risiko for misbrug ved at anmode om juridisk kønsskifte (fra mand til kvinde) for ikke at skulle opfylde Forsvarets fysiske basiskrav for mænd, der er strengere end de fysiske basiskrav for kvinder, eller for at undgå at aftjene værnepligt, om end de fleste værnepligtige i dag aftjener deres værnepligt frivilligt.

klæde sig og fremstå/præsentere sig som dette køn – inden vedkommende træffer endelig beslutning om at skifte køn juridisk.

Det kan ikke afvises, at personer, som gennem længere tid har ønsket juridisk kønsskifte og måske tillige har levet som det oplevede køn, vil kunne opfatte ordningen som unødigt formynderisk. Det er imidlertid arbejdsgruppens opfattelse, at en generel – og dermed let administrerbar – ordning med en refleksionsperiode på (blot) 6 måneder er rimelig og proportional.

Det bemærkes, at arbejdsgruppen har overvejet muligheden for at stille krav om dokumentation for, at ansøgeren i en vis periode har levet som det oplevede køn på fuld tid. Arbejdsgruppen kan imidlertid ikke pege på en måde, hvorpå der – uden at der inddrages lægefaglig ekspertise på området – kan fremskaffes erklæringer eller lignende, som er egnede til at udgøre sådan dokumentation.

8.3.2. Fordele og ulemper ved model 1

Erklæringsmodellen tager fuldt ud hensyn til den personlige frihed og muligheden for at vælge, hvem man ønsker at være.

Modellen indebærer således, at der kan opnås juridisk kønsskifte uden krav om deltagelse i et observationsforløb, om en stillet diagnose eller anden lægefaglig vurdering eller om kønsmodificerende behandling i form af hormonbehandling og/eller kirurgi.

Fraværet af krav om kønsmodificerende behandling indebærer den væsentlige fordel, at den transkønnede får mulighed for at gennemføre de reversible (juridiske og sociale) aspekter af et kønsskifte fuldt ud inden de irreversible (hormonbehandling er delvis irreversibel, og kirurgi er irreversibel). Det mindsker risikoen for, at der tages irreversible skridt, som fortrydes.

En anden væsentlig fordel er, at de transkønnede, som alene ønsker at skifte køn juridisk, og som således ikke ønsker kønsmodificerende behandling, ikke ”tvinges” til sådan behandling for at opnå det juridiske kønsskifte.

Det er en ulempe ved modellen, at der uden krav om en lægefaglig vurdering er risiko for, at ønsket om juridisk kønsskifte ikke skyldes transseksualisme, men andre årsager, herunder ubehandlet psykisk sygdom. Blandt andet fordi et juridisk kønsskifte kan omgøres, er skadevirkningen for den enkelte imidlertid begrænset. I øvrigt vil tilbageføring af juridisk kønsskif-

te efter arbejdsgruppens vurdering ikke skabe problemer eller udgifter for det offentlige af betydning.

Risikoen for, at det juridiske kønsskifte fortrydes, må antages at være mindre, hvis der indføres en refleksionsperiode som beskrevet ovenfor.

8.4. Modeller for juridisk kønsskifte med krav om lægefaglig udredning, men ikke behandling

8.4.1. Model 2 – Vurderingsmodellen

Vurderingsmodellen indebærer, at personer, som er transseksuelle eller ganske må ligestilles hermed, kan få tilladelse til juridisk kønsskifte.

Tilladelsen meddeles af Økonomi- og Indenrigsministeriet, CPR-kontoret, på baggrund af en vurdering fra en psykiater, der afgives i form af en erklæring om, hvorvidt vedkommende vurderes at være transseksuel eller ganske at ligestille dermed, herunder om der er noget sundhedsfagligt til hinder for tilladelse til et juridisk kønsskifte, fx psykisk sygdom hos ansøgeren, som vil kunne forværres ved juridisk kønsskifte.

Hvis vurderingen fra psykiateren giver anledning til tvivl om, hvorvidt den pågældende er transseksuel eller ganske må ligestilles dermed, kan der indhentes en supplerende udtalelse fra Retslægerådet.

Betingelserne for at opnå juridisk kønsskifte efter denne model svarer til de gældende betingelser for at få tilladelse til at skifte navn og få kønsbetegnelsen X i passet, jf. punkt 4.3.2 og 4.4. Modellen indebærer dog, at vurderingen foretages af en psykiater og ikke af Sexologisk Klinik på Rigshospitalet.

Hvis ansøgeren opfylder betingelserne for at opnå juridisk kønsskifte, tildeler Økonomi- og Indenrigsministeriets CPR-kontor ansøgeren et nyt CPR-nummer svarende til det ønskede køn med deraf følgende krav om kønskorrekt navn i forhold til det nye køn og mulighed for nyt pas mv.

8.4.2. Model 3 - Diagnosemodellen

Efter diagnosemodellen kan en person, der er blevet diagnosticeret som transseksuel, få tilladelse til juridisk kønsskifte. Diagnosen skal være stillet af Sexologisk Klinik.

Tilladelsen meddeles af Sundhedsstyrelsen på baggrund af en vurdering fra Sexologisk Klinik, der afgives i form af en erklæring.

Hvis vurderingen fra Sexologisk Klinik giver anledning til tvivl om, hvorvidt den pågældende er transseksuel, kan der indhentes en supplerende udtalelse fra Retslægerådet.

Sundhedsstyrelsen giver besked om den meddelte tilladelse til Økonomi- og Indenrigsministeriets CPR-kontor, som herefter tildeler ansøgeren et nyt CPR-nummer svarende til det ønskede køn med deraf følgende krav om navneskifte og mulighed for nyt pas mv.

Den persongruppe, som vurderes at være ganske ligestillet med transseksuelle, og som altså ikke er diagnosticeret som transseksuelle, vil med diagnosemodellen – som i dag – alene kunne skifte navn og få kønsbetegnelsen X i deres pas.

8.4.3. Fordele og ulemper ved model 2 og 3

For den enkelte ansøger kan det anføres som en ulempe ved model 2 og i endnu højere grad model 3, at der er tale om en proces, som kan være langvarig og opleves bureaukratisk. Som for model 1, jf. punkt 8.3.2, indebærer fraværet af krav om kønsmodificerende behandling den væsentlige fordel, at den transkønnede får mulighed for at gennemføre de reversible (juridiske og sociale) aspekter af et kønsskifte fuldt ud uden – eller inden – de irreversible (hormonbehandling og kirurgi). Det mindsker risikoen for, at der tages irreversible skridt, som fortrydes.

En anden væsentlig fordel er – ligesom ved erklæringsmodellen (model 1) – at de transkønnede, som alene ønsker at skifte køn juridisk, og som således ikke ønsker kønsmodificerende behandling, ikke ”tvinges” til sådan behandling for at opnå det juridiske kønsskifte.

Diagnosemodellen sikrer i højere grad end vurderingsmodellen, at ønsket om juridisk kønsskifte skyldes transkønnethed og ikke andre årsager, herunder ubehandlet psykisk sygdom. Det er dog arbejdsgruppens vurdering, at risikoen ved modellerne for den enkelte person er begrænset, blandt andet fordi et juridisk kønsskifte kan omgøres.

8.5. Overvejelser om en model for juridisk kønsskifte med krav om lægefaglig udredning og behandling

Arbejdsgruppen har overvejet mulighederne for en model for juridisk kønsskifte, hvor der kan meddeles tilladelse til juridisk kønsskifte, hvis ansøgeren er diagnosticeret som transseksuel og har fået hormonbehandling i et år (behandlingsmodellen).

Et års hormonbehandling vil typisk medføre infertilitet for den pågældende. Ophør af hormonbehandlingen kan imidlertid medføre refertilisering. Et års hormonbehandling vil endvidere typisk resultere i begyndende forandringer af den pågældendes udseende og psyke, jf. nærmere herom i punkt 3.4.2, hvor risikoen for bivirkninger af hormonbehandling også er beskrevet. Ikke alle kan tåle hormonbehandling, og det ville derfor være nødvendigt at indføre mulighed for at give dispensation fra dette behandlingskrav.

Da hormonbehandling som nævnt ikke giver sikkerhed for varig infertilitet, har arbejdsgruppen overvejet muligheden for tillige at stille krav om sterilisation. Allerede fordi sterilisation heller ikke giver sikkerhed for varig infertilitet, idet der kan ske såvel refertiliseringsbehandling som assisteret reproduktion, har arbejdsgruppen imidlertid ikke fundet grundlag herfor.

Arbejdsgruppen kan heller ikke pege på anden kirurgisk behandling, som er egnet til at udgøre en forudsætning for juridisk kønsskifte. Det bemærkes i den forbindelse, at behovet for kønskorrigerende behandling i form af kirurgiske indgreb varierer fra person til person. F.eks. vil det for nogle biologiske kvinder ikke være relevant at få fjernet brysterne, ligesom det ikke for alle biologiske mænd vil være relevant at få reduceret adamsæblet.

Det må anses for relativt indgribende at stille krav om hormonbehandling, hvilket også betyder, at behandlingsmodellen kan rejse spørgsmål i relation til EMRK, jf. punkt 8.6 nedenfor, og arbejdsgruppen har derfor ikke fundet grundlag for at pege på denne model som en muligt fremtidig ordning.

8.6. Vurdering af modellerne i forhold til EMRK

Kastrationsmodellen (den gældende ordning)

Det fremgår ikke af reguleringen på det sundhedsfaglige område, herunder lovforarbejderne, hvad begrundelsen er for, at man kræver kastration som betingelse for at anerkende juridisk kønsskifte.

Det bærende hensyn bag CPR-lovgivningen er at sikre, at registerdata er korrekte, da disse data anvendes af forskellige myndigheder, der automatisk kan indhente oplysninger fra registeret. Registeret anvendes på mange områder til at definere, om en bestemt retsstilling kan opnås. Det er derfor af stor vigtighed, at datasystemet korrekt reflekterer personens faktiske køn.

Kastration er den eneste model, der er irreversibel og med sikkerhed forhindrer, at juridiske mænd bliver biologiske mødre og omvendt.

Kastration er imidlertid et meget væsentligt – som nævnt irreversibelt – indgreb i forhold til den enkelte, og det må derfor antages, at der skal meget tungtvejende grunde til at legitimere krav om et sådant indgreb som betingelse for juridisk kønsskifte, jf. EMRK artikel 8.

Hensynet til sikre, at registerdata er korrekte, kan næppe i sig selv begrunde et indgreb af denne karakter. Hertil kommer, at der nu er en række lande i Europarådet, der undlader at stille krav om så væsentlige indgreb som betingelse for anerkendelse af juridisk kønsskifte.

Det kan som beskrevet i punkt 5 ovenfor ikke udelukkes, at Menneskerettighedsdomstolen vil finde, at udviklingen allerede på nuværende tidspunkt er nået dertil, at der er tale om ”clear and uncontested evidence of a continuing international trend” i retning af afskaffelse af krav om medicinske indgreb, således at medlemsstaternes skønsmargin på den baggrund må indsnævres. Hvis Domstolen finder, at dette er tilfældet, vil et krav om et så væsentligt indgreb som egentlig kastration formentlig ikke kunne oprettholdes.

Behandlingsmodellen

Behandlingsmodellen indebærer, at der kan meddeles tilladelse til juridisk kønsskifte, hvis ansøgeren er diagnosticeret som transseksuel og har fået hormonbehandling i ét år.

Hormonbehandling må anses for at være relativt indgribende, idet behandlingen medfører såvel fysiske som psykiske ændringer hos personen, hvoraf nogle er irreversible.

Det kan opfattes som en fordel, at hormonbehandling typisk betyder, at den pågældendes udseende og psyke ændrer sig i retning af det køn, som ønskes juridisk anerkendt for den pågældende.

Dette kan således anses for en fordel for den transkønnede selv, men kan også anses for begrundet i hensynet til det omgivende samfund, idet der ved behandlingen bliver mere synlig overensstemmelse med det registrerede (nye) køn.

I fraværet af stærkere modstående hensyn findes et krav om hormonbehandling – blandt andet henset til indgrebets delvist irreversible karakter – at kunne rejse spørgsmål i forhold til EMRK artikel 8. Dertil kommer, at der som nævnt ovenfor findes transkønnede, der ikke kan tåle hormonbehandlingen, hvorfor det forudsættes, at der skal være mulighed for at dispensere fra kravet om hormonbehandling for disse personer. Det rejser imidlertid spørgsmålet om, hvorvidt det er proportionalt at opretholde et generelt krav om medicinsk behandling i form af hormonbehandling, når man i visse tilfælde accepterer en fravigelse af kravet.

Erklærings-, vurderings- og diagnosemodellerne

Fælles for *erklærings-, vurderings- og diagnosemodellerne* er, at de ikke stiller krav om et bestemt medicinsk indgreb eller en bestemt medicinsk behandling.

Henset til den meget begrænsede intensitet af kravene, der stilles til den transkønnede i disse modeller, og til, at medlemsstaterne må antages stadig at have en vis skønsmargin i forhold til anerkendelse af juridisk kønsskifte, findes disse modeller ikke at rejse spørgsmål i relation til EMRK eller Danmarks internationale forpligtelser i øvrigt.

9. Lovgivningsmæssige, administrative og økonomiske konsekvenser af model 1-3

Arbejdsgruppen har anmodet de ministerier, som ikke er repræsenteret i arbejdsgruppen, om at oplyse, hvorvidt indførelsen af en ordning med juridisk kønsskifte uden krav om kastration ville have lovgivningsmæssige, administrative eller økonomiske konsekvenser på de enkelte ministeriers ressortområde. Dette er efter det oplyste ikke tilfældet.

De lovgivningsmæssige, administrative og økonomiske konsekvenser af model 1-3 for hvert af de ministerier, der er repræsenteret i arbejdsgruppen er beskrevet i punkt 9.1-9.5 nedenfor.

9.1. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

9.1.1. Gældende ret

Der henvises til punkt 3.

9.1.2. Modellernes konsekvenser for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

9.1.2.1. Lovgivningsmæssige konsekvenser

Sundhedsloven indeholder regler om kastration som led i kønsskifte, men regulerer ikke kønsskifte i sig selv.

Adgangen til kastration, herunder med henblik på kønsskifte, er reguleret i sundhedslovens kapitel 33, bekendtgørelse nr. 14 af 10. januar 2006 om sterilisation og kastration, herunder med henblik på kønsskifte, og Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 10077 af 27. november 2006 om kastration med henblik på om kønsskifte. Reglerne beskriver sundhedsmyndighedernes rolle i forbindelse med et kønsskifte. Disse regler regulerer alene den situation, hvor en person *ønsker kastration*, herunder med henblik på kønsskifte, og adgangen til herefter at få anerkendt, at kønsskiftet er gennemført. Sundhedslovgivningen indeholder ikke regler om retsvirkningerne af en sådan anerkendelse. Sundhedslovgivningen stiller således ikke krav om, at et kønsskifte skal anerkendes af Sundhedsstyrelsen for at kunne tillægges retsvirkning her i landet i forbindelse med anden lovgivning, herunder CPR-lovgivningen.

Anvendelse af en model, hvorved behandling ikke er en forudsætning for juridisk kønsskifte, indebærer således, at vejledning nr. 10077 af 27. no-

vember 2006 skal revideres. Det indebærer ikke i sig selv, at bestemmelserne i sundhedslovens afsnit VIII om sterilisation og kastration samt bekendtgørelse nr. 14 af 10. januar 2006 om sterilisation og kastration, herunder med henblik på kønsskifte, skal revideres, da disse vedrører selve adgangen til kastration mv.

Reglerne om tilbud om brystundersøgelse af kvinder mellem 50 og 69 år, jf. sundhedslovens § 85, tilbuddet om screening for livmoderhalskræft til kvinder mellem 23 og 69 år i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og reglerne om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion i sundhedslovens §§ 92-94, 95-96 og 98-100 skal derimod revideres, idet disse regler i dag udtrykkeligt henviser til ”kvinder”. Ved anerkendelse af juridisk kønsskifte uden krav om kønsskifteoperation (kastration) bør lovgivningen formuleres, så disse tilbud også gælder personer, der efter kønsskifte til mand har bevaret de kvindelige kønsorganer eller mammae. Juridisk kønsskifte fra kvinde til mand i overensstemmelse med en af de foreslåede modeller hindrer ikke, at disse personer fortsat kan ønske at udnytte tilbuddene om brystundersøgelse og screening for livmoderhalskræft. Det vil ligeledes være muligt for dem fortsat at blive gravide og have ønske om henholdsvis gennemførelse af svangerskabet eller svangerskabsafbrydelse/fosterreduktion.

For så vidt angår tilbuddet om HPV-vaccine gives denne i barne- og ungdomsårene, konkret til alle piger mellem 12 og 15 år, det vil sige før et juridisk kønsskifte er muligt. Der arbejdes for tiden på at udvide det permanente tilbud vedrørende HPV-vaccine til også at omfatte aldersgruppen fra 15 år til 18 år. Det bemærkes, at det nuværende midlertidige gratis vaccinationsprogram til piger, født i perioden 1. januar 1985 til 31. december 1992, udløber med udgangen af 2013, men forventes erstattet af en midlertidig supplementsordning for årgangene 1993-1998, gældende i 2014 og 2015. Disse forlængelser af retten til gratis vaccine vil herved også omfatte personer, der efter kønsskifte til mand har bevaret de kvindelige kønsorganer. Sundhedsloven giver i § 158 ministeren hjemmel til at fastsætte nærmere regler om, hvilke vaccinationer der er omfattet af loven, herunder om hvilke persongrupper der skal tilbydes vaccination. Ændringen kan således ske på bekendtgørelsesniveau for så vidt angår vaccinationsområdet.

De kønsspecifikke screenings- og vaccinetilbud er i dag bundet op på cpr-registret, hvilket giver særlige udfordringer i relation til det juridiske kønsskifte. Det har således været overvejet, om man ”teknisk” skal ændre i cpr-registreringen, således at personer med juridisk kønsskifte kan ”trækkes

frem” til f.eks. indkaldelse til brystundersøgelse. Imidlertid har arbejdsgruppen vurderet, at anerkendelse af juridisk kønsskifte bør indebære, at personer med juridisk kønsskifte udelukkende fremstår som det køn, de har skiftet til, og herefter ikke længere vil modtage de kønsspecifikke screenings- og vaccinetilbud, der relaterer sig til deres biologiske køn. Denne gruppe af personer med juridisk kønsskifte bør i stedet gøres opmærksom på, at de ikke længere automatisk vil blive indkaldt til screening/vaccinationer, men naturligvis bevarer retten til disse tilbud, som de herefter selv er ansvarlige for at udnytte.

Lovgivningen på sundhedsområdet om tilbuddene vedrørende reproduktion og fertilitet relaterer sig i sagens natur ligeledes til kvinder, og der bør derfor ske justering af bestemmelserne med henblik på, at også personer med juridisk kønsskifte til mand fortsat er omfattet af bestemmelserne, hvis de har bevaret de kvindelige forplantningsorganer. Herefter vil det således være muligt at modtage behandling med assisteret reproduktion i offentligt og privat regi under iagttagelse af de ved lov og bekendtgørelse fastsatte kriterier. Eksempelvis vil det være muligt at yde behandling med doneret sæd eller æg til en person, der efter model 1-3 har skiftet køn til mand. Det vil tillige være nødvendigt at foretage en række justeringer af bekendtgørelser, der er udstedt i medfør af lov om assisteret reproduktion, samt Sundhedsstyrelsens vejledning herom.

Tilsvarende vil også justering af sundhedslovgivningens bestemmelser om svangeromsorg, herunder bekendtgørelse nr. 209 af 20. april 2009 om helbredsundersøgelse af gravide, være nødvendig, idet disse regler udtrykkeligt omtaler kvinder.

For så vidt angår vurderingsmodellen må det overvejes, om der kan være behov for at udarbejde retningslinjer for, hvordan begrebet ”en person, der gennem et års tid har levet og ageret på fuld tid som det oplevede køn” bør forstås og administreres.

For så vidt angår den tredje model, diagnosemodellen, indebærer denne tilladelse til juridisk kønsskifte fra Sundhedsstyrelsen på baggrund af en vurdering fra Sexologisk klinik jf. afsnit 8.4.2. Det vurderes relevant med retningslinjer eller regelsæt herom, herunder hvilke kriterier der indgår i den lægefaglige vurdering, som ligger til grund for Sundhedsstyrelsens tilladelse, samt formelle krav til sagsbehandlingen, tidsfrister og klagemuligheder. Den nuværende sundhedslov hjemler alene mulighed for, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om henholdsvis anmodning om sterili-

sation og ansøgning om kastration samt om behandling af sager herom. Det vil således være nødvendigt med ændring af sundhedsloven med henblik på hjemmel til at fastsætte dette nye regelsæt/retningslinjer.

9.1.2.2. Økonomiske konsekvenser

Erklæringsmodellen vil indebære, at transseksuelle, som i dag får kirurgisk og derefter juridisk kønsskifte, vil kunne få det juridiske kønsskifte tidligere i forløbet. Det har ingen økonomiske konsekvenser. Der kan i princippet tænkes at være transseksuelle, som i dag får kirurgisk kønsskifte, fordi det er en forudsætning for juridisk skifte, og som vil fravælge undersøgelse og operationen, hvis det ikke længere er et krav. Det ville i givet fald medføre en besparelse i sundhedsvæsenet. Det må imidlertid lægges til grund, at langt de fleste – hvis ikke alle – der opereres, gør det, fordi de ønsker denne fysiske ændring af deres køn uafhængigt af det juridiske kønsskifte. Der kan derfor højst blive tale om en meget usikker mindreudgift.

Derudover kan der være transkønnede, som ikke vil eller kan gennemgå kirurgisk kønsskifte, og som med erklæringsmodellen vil kunne søge juridisk kønsskifte. Det har ingen økonomiske konsekvenser i sundhedsvæsenet. Der kan dog være nogle, som i dag får navneændring og kønsbetegnelsen X i passet efter vurdering eller diagnosticering på Sexologisk Klinik, som ikke længere vil have behov for disse undersøgelser. Det kan give en begrænset mindreudgift.

Som ved erklæringsmodellen vil der ikke være økonomiske konsekvenser af *vurderingsmodellen* for transseksuelle, som fortsat vil blive kønsskifteopereret. Og hvis der er transseksuelle, som vil afstå fra en operation, som de ellers ville have fået, vil der være en mindreudgift, men det er usikkert om sådanne personer findes. Der kan være transkønnede, som ikke vil eller kan gennemgå kirurgisk kønsskifte, og som i dag heller ikke får navneændring eller kønsbetegnelsen X i passet, men som efter ændringen vil henvende sig til vurdering med henblik på kønsskifte. Det er imidlertid formentlig mere sandsynligt, at de pågældende allerede i dag bliver vurderet eller diagnosticeret med henblik på navneændring og kønsbetegnelsen X i passet, så modellen ikke har økonomiske konsekvenser. Sammenfattende skønnes det ikke, at modellen har nævneværdige økonomiske konsekvenser.

Som de øvrige modeller har *diagnosemodellen* ingen økonomiske konsekvenser for transseksuelle, som dag får kirurgisk og derefter juridisk køns-

skifte. Og som i de øvrige modeller vil der være en mindreudgift til operationer, hvis der er transseksuelle, som vil afstå fra en operation, som de ville have ønsket og fået under de nuværende regler, men det er usikkert, om de findes. Endelig kan der være begrænsede merudgifter til transkønnede, som i dag enten slet ikke undersøges eller kun vurderes – ikke diagnosticeres – med henblik på navneskifte og kønsbetegnelsen X i passet. Sammenfattende skønnes det, at eventuelle økonomiske konsekvenser i sundhedsvæsenet af modellen vil være usikre og under alle omstændigheder begrænsede.

9.2. Økonomi- og Indenrigsministeriet

9.2.1. Gældende ret

Der henvises til punkt 4.2.

9.2.2. Modellernes konsekvenser for Økonomi- og Indenrigsministeriet

Efter CPR-lovens § 3, stk. 5, tildeler Økonomi- og Indenrigsministeriet nyt personnummer til personer ved fejl i de oplysninger, der indgår i deres personnummer.

I forarbejderne til bestemmelsen er det anført, at tildeling af nyt personnummer ved kønsskifte finder sted, når Økonomi- og Indenrigsministeriet fra Sundhedsstyrelsen får meddelelse om, at kønsskiftet er helt afsluttet.

På den baggrund er det Økonomi- og Indenrigsministeriets vurdering, at i det omfang de foreslåede modeller indebærer, at kønsskifte kan opnås ved ansøgning herom direkte til Økonomi- og Indenrigsministeriets CPR-kontor, uden at sundhedsmyndighederne har meddelt tilladelse til kønsskifte og givet CPR-kontoret meddelelse herom, vil en ændring af CPR-lovens § 3, stk. 5, være påkrævet.

Der vil ikke på Økonomi- og Indenrigsministeriets område være økonomiske konsekvenser af betydning ved gennemførelse af nogen af de opstillede modeller.

9.3. Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold

9.3.1. Gældende ret

9.3.1.1. Børneloven

9.3.1.1.1. Børnelovens principper

Faderskab og moderskab er reguleret i børneloven²⁸, hvor begreberne dækker over den juridiske relation mellem barnet og den pågældende forælder og ikke nødvendigvis over det genetiske forældreskab. Det retlige forældreskab, altså faderskab og moderskab efter børneloven, danner den retlige ramme for barnet og har en lang række retsvirkninger, hvoraf de vigtigste er forældreansvar i forhold til barnet (forældremyndighed, samvær m.v.), forsørgelsespligt over for barnet og arveret.

Den gældende børnelov trådte i kraft den 1. juli 2002. Børneloven er baseret på betænkning nr. 1350/1997 om blandt andet faderskab og moderskab for børn født i ægteskab, af ugifte samlevende og efter assisteret reproduktion afgivet af Justitsministeriets Børnelovsudvalg. Indtil da blev reglerne om faderskab og moderskab reguleret i lov om børns retsstilling²⁹.

Med vedtagelsen af den gældende børnelov³⁰, blev der i modsætning til den tidligere gældende lov - lov om børns retsstilling - opnået en højere grad af ligestilling mellem gifte og ugifte samlevende forældre. Samtidig understregedes det grundlæggende princip i børneloven om, at et barn så vidt muligt skal have to forældre – en far og en mor. Loven tager herudover udtrykkeligt stilling til faderskabet og moderskabet i tilfælde af assisteret reproduktion, også i forhold til surrogatmoderskab (rugemoderskab).

Selvom børneloven primært lægger vægt på at fastslå det retlige faderskab, tillægges det også stor betydning, hvem der varetager det sociale faderskab, og kun i de tilfælde, hvor der er indsigelser, tvivl, eller hvor ingen anerkender faderskabet, lægges der vægt på at fastslå det retlige faderskab som den, der genetisk er far til barnet.

Efter børneloven har myndighederne en forpligtelse til at sørge for, at et barn så vidt muligt har to forældre; de må derfor ikke registrere et faderskab til et barn, hvis der er tvivl om, hvem der er far til barnet – f.eks. til-

²⁸ Lov nr. 460 af 7. juni 2001 med senere ændringer.

²⁹ Lovbekendtgørelse nr. 293 af 2. maj 1995 med senere ændringer.

³⁰ Lovforslag L 2 af 4. oktober 2000, Folketingstidende 2000-01, Tillæg A, side 27 ff.

fælde, hvor moren oplyser, at hun har haft et seksuelt forhold til flere mænd. Myndighederne har derfor – på trods af det herskende princip om, at der ved fastslåelse af det retlige faderskab i høj grad lægges vægt på det sociale faderskab – en forpligtelse til at iagttage, at genetikken ikke helt udelades af billedet. Der vil være situationer, hvor der må rejses en faderskabssag på trods af, at de parter, der er involveret på dette tidspunkt, er enige om, hvem der ønsker at blive registreret som retlig far.

9.3.1.1.2. Kompetence

Et faderskab til et barn kan etableres enten ved administrativ registrering eller efter rejsning af faderskabssag. Når moderen er gift sker registreringen af faderskabet efter pater est-reglen hos personregisterføreren i det lokale sogn (kommunen i Sønderjylland). Registrering hos personregisterføreren kan tillige ske efter barnets fødsel ved indgivelse af omsorgs- og ansvarserklæring, når moderen ikke er gift.

En egentlig faderskabssag kan rejses administrativt i statsforvaltningerne. En faderskabssag kan indbringes for retten direkte fra statsforvaltningerne. En faderskabssag kan rejses af barnets mor og af statsforvaltningerne. Sagen kan søges løst administrativt i statsforvaltningerne - også med brug af retsgenetiske undersøgelser, men kan som nævnt også indbringes for retten direkte fra statsforvaltningerne.

Sager om faderskab ved retterne behandles efter de særlige bestemmelser om behandling af faderskabssager i retsplejelovens afsnit 42 a.

9.3.1.1.3. Faderskab

Faderskab til børn født i ægteskab (pater est)

Efter pater est-reglen i børnelovens § 1 anses ægtemanden som far til et barn født af en gift kvinde. Bestemmelsen eksisterede også i den tidligere lov om børns retsstilling fra 1960. Pater est-reglen forenkler sagsbehandlingen ved at skabe automatik i forhold til fastslåelse af faderskab til børn født i ægteskab. Den er samtidig udtryk for den mest sandsynlige faderskabsmulighed. Reglen er endeligt traditionelt opfattet som medvirkende til at forebygge familiemæssige problemer, idet oplysninger om andre mulige fædre ikke fremtvinges ("en ægteskabsstabiliserende virkning"). Ved anvendelse af reglen vil den sociale og retlige far være den samme, uanset at den genetiske far måtte være en anden.

Faderskab til børn født af ugifte samlevende

Når moren på fødselstidspunktet ikke er gift, kan faderskabet til et barn registreres på baggrund af en omsorgs- og ansvarserklæring. Registreringen sker – uden rejsning af egentlig faderskabssag – hvis moren og en mand skriftligt erklærer, at de sammen vil varetage omsorgen og ansvaret for barnet (børnelovens § 14, stk. 1). Registreringen af faderskabet foretages i forbindelse med fødslen af personregisterførere på samme måde som ved faderskab på grundlag af pater est-reglen. Det antages at en sådan forpligtelse normalt kun sker, hvis parterne har fælles bopæl eller agter at etablere sådan bopæl. Der er imidlertid efter bestemmelsen ikke noget til hinder for, at parterne kan have til hensigt sammen at varetage omsorgen og ansvaret for barnet, selv om de opretholder hver deres bopæl. Ved afgivelse af en omsorgs- og ansvarserklæring etableres fælles forældremyndighed over barnet (forældreansvarslovens § 7).

Et faderskab kan tillige registreres på baggrund af en anerkendelse af faderskabet. Registreringen kan ske, hvis en mand, som har haft et seksuelt forhold til barnets mor i den periode, hvor hun blev gravid, anerkender faderskabet, og moren efter det oplyste ikke har haft seksuelt forhold til andre mænd i denne periode. I disse tilfælde anerkender manden faderskabet med de rettigheder og forpligtelser, der følger, herunder forsørgelsespligt over for barnet. Manden får dog ikke automatisk del i forældremyndigheden over barnet; dette kræver f.eks., at forældrene indgår aftale herom (forældreansvarslovens § 9).

Mulige fædres indsigelsesret

En mand, der har haft et seksuelt forhold til moren i den periode, hvor hun blev gravid, har ret til at få prøvet, om han er far til barnet (børnelovens § 6, stk. 1), men denne ret gælder dog ikke i de tilfælde, hvor en ægtemand efter pater est-reglen er blevet registreret som far til barnet, eller hvor en mand er registreret som far på baggrund af en omsorgs- og ansvarserklæring (børnelovens § 6, stk. 2). En tredjemand vil alene kunne rejse en faderskabssag, hvis han har været gift eller levet sammen med moren i perioden, hvor hun blev gravid.

Faderskab til børn født af enlige

Med børnelovens ikrafttræden den 1. juli 2002 blev morens oplysningspligt skærpet for at sikre, at et barn så vidt muligt vil få en far (børnelovens § 8). I tilfælde, hvor en enlig kvinde føder et barn, skal

myndighederne forsøge at få faderskabet fastsat. Det er derfor nødvendigt, at kvinden giver tilstrækkelige oplysninger om, hvem der er eller kan være barnets far ved at oplyse om sine seksuelle forhold. Hvis kvinden ikke umiddelbart vil give de nødvendige oplysninger, skal hun indkaldes til et møde i statsforvaltningen, hvor hun af særligt sagkyndige rådgives om, hvilken betydning hendes nægtelse senere vil kunne få for barnet. Moren skal motiveres til frivilligt at give oplysningerne. Hun skal også orienteres om, at en mand ikke kan blive barnets far, hvis afgørende hensyn taler imod det. Dette er f.eks. tilfældet, hvis barnet er blevet til ved et strafbart forhold.

Oplysningspligten gælder ikke i de tilfælde, hvor faderskabet registreres som følge af pater est-reglen (ægteskab) eller af en omsorgs- og ansvarserklæring. I disse tilfælde er hensynet til, at et barn skal have to forældre, herunder en far, varetaget. Oplysningspligten gælder dog, hvis det fastslås, eller må anses for væsentligt bestyrket, at den mand, der er registreret som far eller har anerkendt faderskabet, ikke er barnets far.

Hvis moren, trods rådgivning og vejledning om faderskabets betydning, nægter at oplyse, hvem der er eller kan være barnets far, skal sagen indbringes for retten. Hvis moren i retten nægter at afgive oplysninger om det mulige faderskab, kan retten, hvis den mener det er nødvendigt, anvende de almindelige vidnesanktioner (retsplejelovens §§ 177-180, jf. § 456 i, stk. 1), der dog forudsættes anvendt lempeligt. De almindelige vidnesanktioner omfatter blandt andet muligheden for at lade kvinden tage i forvaring (i op til 6 måneder).

Når statsforvaltningen rejser en egentlig faderskabssag, vil den pågældende kvinde være forpligtet til at oplyse om sine seksuelle forhold. Statsforvaltningen har mulighed for indkalde de mænd, kvinden angiver at have haft et seksuelt forhold til. Faderskabet kan herefter afgøres ved anerkendelse fra en af mændene – eventuelt efter at statsforvaltningen har indhentet svar fra genetiske undersøgelser.

Hvis det ikke er muligt at fastslå faderskabet – f.eks. fordi kvinden ikke i fornødent omfang kan redegøre for sine seksuelle forhold – vil en faderskabssag kunne henlægges som uoplyst. Det samme gælder, hvis moren ikke ved, hvem der er eller kan være barnets far, fordi hun er blevet behandlet med assisteret reproduktion med en anonym sæddonor.

Faderskab til børn, der er blevet til ved assisteret reproduktion

Reglerne om faderskab (og moderskab) til et barn, der er blevet til ved assisteret reproduktion, findes i børnelovens afsnit 5. Reglerne skal ses i sammenhæng med reglerne i lov om assisteret reproduktion i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v.³¹ (herefter lov om assisteret reproduktion), da denne lov regulerer mulighederne for anvendelse af donorsæd, som har en afledet virkning på mulighederne for at fastslå et faderskab.

Lov om assisteret reproduktion blev ændret med virkning fra den 1. januar 2007, sådan at alle kvinder uanset civilstand og seksuel orientering fik adgang til assisteret reproduktion. Kravet om parforhold som en forudsætning for behandling blev således ophævet, og det blev muligt for enlige at blive behandlet med assisteret reproduktion. Efter de skete ændringer af lov om assisteret reproduktion m.v. i 2007 er børnelovens hovedprincip om, at et barn bør have to forældre – en far og en mor – i en vis grad fraveget, idet det herefter er nødvendigt i større omfang end tidligere at henlægge faderskabssagen, uden at faderskabet er blevet fastslået, fordi der er anvendt en anonym sæddonor. I disse tilfælde har barnet kun én forælder.

Efter børnelovens bestemmelser om fastsættelse af faderskab ved assisteret reproduktion skal den donor, hvis identitet er kendt, og som kender identiteten på den kvinde, der skal behandles med hans sæd, anses som retlig far til barnet (børnelovens § 28, stk. 2). Donoren skal give samtykke til behandlingen og i den forbindelse erklære, at han skal være barnets far, således at det sikres, at barnet får to forældre. Dette er muligt, fordi donors identitet er kendt. Hvis en ægtefælle eller partner (samlever af forskelligt køn) samtykker til behandlingen og i den forbindelse påtager sig faderskabet til barnet, skal donor dog ikke anses som far, selvom f.eks. barnet på et senere tidspunkt kan få oplysning om hans identitet. Barnet vil i denne situation fra fødslen have to forældre (børnelovens § 27, stk. 1).

Den donor, som har doneret sæd til en videre ubestemt kreds af kvinder, hvor det ikke har været hensigten med donationen at medvirke til at etablere et konkret familieforhold, og som ikke kender kvindens identitet, kan ikke dømmes som far, uanset om barnet eller moren kan få oplysninger om donors identitet (børnelovens § 28, stk. 1). Det gælder f.eks. når en sæddonor har accepteret, at barnet efter det fyldte 18. år får oplysninger om hans identitet.

³¹ Lovbekendtgørelse nr. 923 af 4. september 2006 med senere ændringer.

Det er således afgørende, hvad sæddonors hensigt med donationen er; at hjælpe en videre ubestemt kreds af kvinder, eller at hjælpe en bestemt kvinde til at etablere et familieforhold.

9.3.1.1.4. Moderskab

Fastsættelse af moderskab er reguleret i børnelovens § 30. Efter bestemmelsen følger moderskabet direkte af fødslen af barnet. Her er det uden betydning, om den pågældende kvinde er gift, registreret partner, samlevende eller enlig.

Når barnet er blevet til ved assisteret reproduktion, følger moderskabet ligeledes af fødslen, uanset om den fødende kvinde er genetisk mor til barnet, eller om der er anvendt ægdonation, (børnelovens § 30). Det vil sige, at moderskabet også i situationer med surrogatmoderskab (rugemoderskab) tilhører den fødende kvinde, og at en anden kvinde alene kan opnå moderskab ved adoption.

En aftale om surrogatmoderskab er ugyldig (børnelovens § 31). Det barnløse par vil derfor ikke kunne få de danske myndigheders hjælp til at håndhæve en aftale om surrogatmoderskab. Dansk lovgivning indeholder imidlertid ikke et samlet regelsæt om surrogatmoderskab, og der er efter gældende ret ikke noget forbud mod at virke som surrogatmoder. Blandt andet adoptionsloven og børneloven indeholder dog en række bestemmelser, der i praksis sætter visse begrænsninger.

Da den kvinde, som føder et barn, der er blevet til ved assisteret reproduktion, anses som mor til barnet (børnelovens § 30), vil en kvinde, der lader sit æg opsætte i en surrogatmoders livmoder, ikke over for danske myndigheder kunne påberåbe sig moderskabet til barnet.

9.3.1.1.5. Medmoderskab

Folketinget vedtog i juni 2013 lov nr. 652 af 12. juni 2013 om ændring af børneloven, lov om adoption, retsplejeloven og forskellige andre love. Loven giver morens kvindelige ægtefælle, registrerede partner eller partner mulighed for at blive registreret som medmor til barnet i de tilfælde, hvor barnet er blevet til ved assisteret reproduktion i overensstemmelse med reglerne i lov om assisteret reproduktion. Herved er det muligt, at barnet har to forældre af samme køn - en mor og en medmor. Registreringen af medmoderskab har samme retsvirkninger som registrering af faderskab.

Ved loven blev børnelovens regler om faderskab i forbindelse med assisteret reproduktion ligeledes ændret, så en kendt sæddonor som udgangspunkt anses som far til et barn, der er blevet til ved assisteret reproduktion af en kvinde, der er gift eller registreret med en kvinde eller har en kvindelige partner eller er enlig. Det er dog muligt for sæddonor, den kvinde, der skal behandles, og kvindens partner at aftale, at det i stedet er kvindens partner, der skal være medmor til barnet.

Det er præciseret i lovens forarbejder, at alene en mand kan registreres som far, mens alene en kvinde kan registreres som medmor.

Loven trådte i kraft den 1. december 2013. Dette medfører visse redaktionelle ændringer i børnelovens regler om faderskab, som er beskrevet ovenfor i afsnit 9.3.1.1.

9.3.1.2. Ægteskabslovgivningen

Efter § 1 i ægteskabsloven (lov om ægteskabs indgåelse og opløsning, jf. lovbekendtgørelse nr. 1052 af 12. november 2012 med senere ændringer) finder loven anvendelse på ægteskab mellem to personer af forskelligt køn og mellem to personer af samme køn. Efter § 66 a finder bestemmelser i internationale overenskomster ikke anvendelse på ægteskab mellem to personer af samme køn, medmindre medkontrahenterne tilslutter sig dette.

Retsvirkningerne af et ægteskab mellem to personer af samme køn er ikke helt identiske med retsvirkningerne af et ægteskab mellem to personer af forskelligt køn, jf. retsvirkningslovens § 53 b (lov om ægteskabets retsvirkninger, jf. lovbekendtgørelse nr. 1053 af 12. november 2012, som ændret ved lov nr. 647 af 12. juni 2013).

Efter retsvirkningslovens § 53 b, stk. 1, finder bestemmelser i dansk lovgivning, der indeholder særlige regler om den ene part i et ægteskab bestemt ved dennes køn, ikke anvendelse på ægteskab mellem to personer af samme køn. Bestemmelsen i retsvirkningslovens § 11 om hustruens ret til at indgå retshandler finder således ikke anvendelse på ægteskab mellem to personer af samme køn.

Efter § 53, stk. 2, finder bestemmelser i traktater ikke anvendelse på ægteskab mellem to personer af samme køn, medmindre medkontrahenterne tilslutter sig dette.

I 2009 nedsatte Justitsministeriet et udvalg (Retsvirkningslovsudvalget), der skal foretage en samlet gennemgang og modernisering af reglerne i retsvirkningsloven, som i sin grundstruktur stort set er uændret siden 1925. Udvalget – der med ressortændringen er overgået til Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold – forventer at afslutte sit arbejde tidligst i efteråret 2014.

9.3.1.3. Lovgivning vedrørende underholdsbidrag, forældremyndighed, barnets bopæl og samvær

Lovgivningen vedrørende forældremyndighed, barnets bopæl og samvær er ikke kønsspecifik, ligesom forældrene ikke omtales som far henholdsvis mor.

I lov om børns forsørgelse findes i § 19 en bestemmelse, der giver mulighed for at fastsætte et såkaldt barselsbidrag fra faderen til moderen.

9.3.1.4. Lovgivning vedrørende ligestilling

Beskyttelse af kønsidentitet inden for arbejdsmarkedet

På arbejdsmarkedet er transkønnede beskyttet mod diskrimination i medfør af lov om ligebehandling af mænd og kvinder med hensyn til beskæftigelse m.v. (ligebehandlingsloven). Ligebehandlingsloven implementerer Rådets direktiv 2006/54/EF af 5. juli 2006 om gennemførelse af princippet om lige muligheder for og ligebehandling af mænd og kvinder i forbindelse med beskæftigelse og erhverv.

Ligebehandlingsloven blev tidligere fortolket således, at loven alene omfattede ligestilling mellem de to køn. I 1996 fastslog EU-Domstolen i en konkret sag, at kønsidentitet også er køn, og det samme skete i en dom fra 2003. I Cornwall-sagen, jf. sag C-13/94, Saml. 1996 I-2143, udtalte EU-Domstolen, at afskedigelse af en transseksuel pga. kønsskifteoperation må anses for at være forskelsbehandling pga. køn i strid med ligebehandlingsdirektivet. Dommen tog kun stilling til den situation, hvor der er taget skridt til at ændre en persons køn hormonalt og operativt.

I KB-sagen, jf. sag C-117/01, Saml 2003 I-541, levede en kvinde i parforhold med en anden person, der først var kvinde, men efter en kønsskifteoperation blev en mand. Engelsk lovgivning forhindrede ægteskab i en sådan situation. KB ønskede partneren indsat som begunstiget i en arbejds-

markeds pension, der måtte anses for omfattet af lønbegrebet i art. 141 (efter Lissabon Traktatens ikrafttræden: art.157 TEUF). De britiske regler gav ikke mulighed for at ændre den enkeltes fødselsattest. Det var en tilsidesættelse af Den Europæiske Menneskerettighedskonventions art. 12, at en person var afskåret fra at indgå ægteskab, og det betragtede EU-Domstolen som en tilsidesættelse af ligebehandlingsprincippet.

Kønsidentitet betragtes dermed som køn ifølge EU-praksis, og er derfor også et beskyttet kriterium i ligebehandlingslovens forstand.

Der er ikke i nogen af de ovennævnte domme taget stilling til, hvorvidt beskyttelsen også gælder i de tilfælde, hvor der ikke er taget hormonelle eller operative skridt. I den forbindelse skal det dog bemærkes, at problemstillingen i forhold til ligestillingslovene er, hvorvidt personer bliver forskelsbehandlet. Forskelsbehandlingen er ikke nødvendigvis afhængig af, om et kønsskifte reelt foreligger, men af om personens ydre udtryk giver anledning til forskelsbehandling.

Beskyttelse af kønsidentitet uden for arbejdsmarkedet

Uden for arbejdsmarkedet er transkønnede beskyttet mod diskrimination i medfør af lov om ligestilling af kvinder og mænd (ligestillingsloven). Ligestillingsloven har til formål at fremme ligestilling og beskytte mod direkte og indirekte diskrimination på grund af køn uden for arbejdsmarkedet. Loven implementerer Rådets direktiv 2004/113/EF om gennemførelse af princippet om ligebehandling af mænd og kvinder i forbindelse med adgang til og levering af varer og tjenesteydelser.

Ifølge praksis fra EU-domstolen, som refereret ovenfor, fortolkes kønsidentitet som indeholdt i begrebet køn, jf. domstolens afgørelse i Cornwall-sagen og i KB-sagen. Begge sager fra EU-domstolen omhandler diskrimination inden for arbejdsmarkedet.

Der findes ingen afgørelser fra EU-Domstolen om kønsidentitet uden for arbejdsmarkedet. Domstolens afgørelse af, at kønsidentitet er indeholdt i begrebet køn må dog fortolkes således, at transkønnede generelt er omfattet af beskyttelsen mod diskrimination på baggrund af køn – også uden for arbejdsmarkedet – da definitionen af forskelsbehandling på grund af køn er ens i hhv. ligebehandlingsloven og ligestillingsloven.

Ligebehandlingsnævnet i Danmark har i flere sager afgjort, at beskyttelse af transkønnede mod ulovlig forskelsbehandling på grund af deres køns-

identitet er omfattet af ligestillingslovgivningen, jf. afgørelse nr. 166/2011 og nr. 418/2012, og i nogen grad afgørelserne nr. 23/2001 og nr. 32/2005. Ligebehandlingsnævnet har dermed slået fast, at transpersoners kønsidentitet er beskyttet af ligestillingslovens § 2. Hvorvidt der i konkrete sager har været taget hormonelle eller operative skridt til kønsskifte, har ikke været en del af Ligebehandlingsnævnets hidtidige afgørelser.

På baggrund af ovenstående kan det konkluderes, at transkønnedes rettigheder må antages allerede at være sikret i ligestillingslovgivningen, idet kønsidentitet på baggrund af de få afgørelser på området må fortolkes som omfattet af ”køn”.

9.3.2. Modellernes konsekvenser for Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold

Uanset hvilken model for juridisk kønsskifte der vælges, vil personer, der vælger et juridisk kønsskifte, stadig være fertile eller kunne refertiliseres, hvorfor det er relevant at vurdere, om muligheden for juridisk kønsskifte vil få betydning for børnelovens bestemmelser om faderskab, moderskab og medmoderskab.

Børnelovens udgangspunkt er, at den kvinde, der føder et barn, er barnets mor. Hvem der er barnets far eller medmor fastsættes blandt andet ud fra deres relation til barnets mor i tiden omkring undfangelse og fødsel.

I børnelovens forstand har man det køn, som man bruger til at forplante sig med, hvorfor det ikke vil give anledning til fortolkningstvivl, at en eller begge forældre ved barnets undfangelse har et andet juridisk køn end deres biologiske køn. Det er således forældrenes biologiske køn ved barnets undfangelse, der afgør deres rolle i børneloven som enten far, mor eller medmor. En person, der føder et barn, vil – uanset om personen *juridisk* er en mand – være barnets mor i børnelovens forstand.

En ændring af udgangspunktet om, at forældrenes biologiske køn ved barnets undfangelse afgør deres betegnelse i børnelovens forstand, vil nødvendiggøre en gennemgribende ændring af særligt børneloven og forældreansvarsloven.

Blandt andet på baggrund af det meget begrænsede antal personer, der vil blive berørt af dette forhold, og den vidtgående ændring af børneloven og dertil relateret lovgivning, der vil være påkrævet, et det arbejdsgruppens

anbefaling, at man fastholder udgangspunktet om, at forældrenes biologiske køn ved barnets undfangelse afgør deres betegnelse i børnelovens forstand.

Den øvrige familieret, som eksempelvis forældreansvarsloven og lov om børns forsørgelse, refererer i vidt omfang til børnelovens betegnelser og definitioner af forældre som far, mor og medmor.

Ingen af de opstillede modeller vil således kræve lovændringer på familierettens område, og modellerne vil heller ikke have administrative eller økonomiske konsekvenser på dette område.

De ovenfor beskrevne modeller for juridisk kønsskifte vurderes umiddelbart heller ikke at kræve en ændring af ligestillingslovgivningen. Alle modellerne vil indebære, at der bliver en lettere og udvidet adgang for transkønnede til opnå et juridisk kønsskifte, hvilket betyder, at transkønnedes rettigheder generelt udvides.

Alt efter valg af model kan det dog ikke udelukkes, at der vil kunne være en lille restgruppe, som ikke kan opnå eller ikke vil have et juridisk kønsskifte, og som ikke har fået foretaget hormonelle eller operative skridt til kønsskifte, som på et tidspunkt kan opleve en forringelse af deres rettigheder i forlængelse af, at en langt større gruppe får juridisk kønsskifte. Det vil afhænge af, i hvilket omfang beskyttelsen i konkrete sager kommer til at bero på det juridiske kønsskifte.

Behovet for at tydeliggøre beskyttelsen af kønsidentitet – uafhængigt af det juridiske kønsskifte – må således vurderes ud fra en fortolkning af konkrete afgørelser. På baggrund af gennemgangen af gældende ret, vurderes der på nuværende tidspunkt ikke at være behov for at ændre ligestillingslovgivningen.

Der vil heller ikke på ligestillingsområdet være økonomiske eller administrative konsekvenser, hvis en af de opstillede modeller gennemføres.

9.4. Justitsministeriet

9.4.1. Gældende ret

9.4.1.1. Paslovgivningen

Der henvises til punkt 4.4.

9.4.1.2. Indfødsretslovgivningen

Det fremgår af indfødsretslovens § 1, stk. 1, jf. lovbekendtgørelse nr. 422 af 7. juni 2004 om dansk indfødsret med senere ændringer, at et barn erhverver dansk indfødsret ved fødslen, hvis faderen eller moderen er dansk. Er barnets forældre ikke gift, og er kun faderen dansk, erhverver barnet kun dansk indfødsret, hvis det er født her i riget.

Det fremgår endvidere af indfødsretslovens § 2, at har et barn af en dansk far og en udenlandsk mor ikke erhvervet dansk indfødsret ved fødslen, erhverver barnet dansk indfødsret ved forældrenes indgåelse af ægteskab. Det er imidlertid en forudsætning, at barnet på tidspunktet for ægteskabets indgåelse er ugift og under 18 år.

Indfødsretsloven indeholder desuden i § 13, stk. 3-5, nogle særlige overgangsbestemmelser for kvinder. Der er tale om bestemmelser, hvis oprindelse går tilbage til lov nr. 252 af 27. maj 1950 om dansk indfødsret.

Det bemærkes i tilknytning til det oplyste om erhvervelse af dansk indfødsret ved fødslen, at Justitsministeriet i indeværende folketingssamling forventer at fremsætte et lovforslag om ændring af indfødsretslovens § 1, således at et barn erhverver dansk indfødsret ved fødslen, hvis moderen, faderen eller medmoderen er dansk.

Med det forventede forslag til ændring af bestemmelsen i § 1 vil et barn således – uanset om det er født i eller uden for ægteskab – erhverve dansk indfødsret ved fødslen, hvis faderen eller moderen er dansk.

Herudover vil et barn med det forventede ændringsforslag erhverve dansk indfødsret ved fødslen, hvis medmoderen er dansk. Forslaget om indførelse af et medmoderbegreb i indfødsretsloven skal ses i sammenhæng med lov nr. 652 af 12. juni 2013 om ændring af børneloven, lov om adoption, retsplejeloven og forskellige andre love (Medmoderskab m.v.), der blandt andet udvider børnelovens bestemmelser til ikke blot at omfatte faderskab og moderskab, men til også at omfatte medmoderskab.

Det fremgår af § 12 i cirkulæreskrivelse nr. 9253 af 6. juni 2013 om naturalisation, at ansøgere, der er født i perioden fra den 1. januar 1961 til den 31. december 1978 af en dansk mor, og som kunne have erhvervet dansk indfødsret, såfremt moderen i perioden fra den 1. januar 1979 til den 31. december 1981 havde afgivet en erklæring herom, jf. § 2, stk. 2, i lov nr.

117 af 29. marts 1978, kan optages på et lovforslag om indfødsrets meddelelse uafhængig af ophold her i landet.

Det fremgår desuden af cirkulæreskrivelsens § 16, at børn født uden for ægteskab af en udenlandsk mor og en dansk far kan optages på et lovforslag om indfødsrets meddelelse, uden at opfylde de almindelige betingelser for naturalisation.

Dansk indfødsretslovgivning bygger på et afstammingsprincip, hvilket indebærer, at det først og fremmest er barnets forældres statsborgerskab, der har betydning for erhvervelsen af dansk indfødsret. Det er således efter indfødsretslovgivningen som udgangspunkt den biologiske far til barnet, der anses som barnets far, og den kvinde, der har født barnet, der anses som barnets mor.

Dette indebærer blandt andet, at en person, der biologisk er en mand, ikke efter den gældende indfødsretslovgivning vil kunne anerkendes som mor til et barn, ligesom en person, der biologisk er en kvinde, ikke vil kunne anerkendes som far.

9.4.1.3. Konkurslovens regler om underholdsbidrag

Konkurslovens § 71, stk. 1 og 2 angiver, at udlæg foretaget hos en skyldner inden for visse tidsrum før fristdagen ingen retsvirkning har over for boet. I stk. 3 er det imidlertid bestemt, at reglerne i stk. 1 og 2 ved udlæg for underholdsbidrag til ægtefælle, barn eller besvangret kvinde dog kun finder anvendelse, hvis den bidragsberettigede begunstiges utilbørligt.

9.4.1.4. Retsplejeloven – international kompetence i ægteskabssager og behandling af faderskabssager

Retsplejelovens § 448 c angiver de almindelige betingelser for danske domstoles internationale kompetence i ægteskabssager. Det følger af bestemmelsens stk. 2, at sag om ægteskab mellem to personer af samme køn kan behandles her i riget, når ægteskabet er indgået her og ingen af ægtefællerne bor i et land med en lovgivning om ægteskab mellem to personer af samme køn, der svarer til den danske.

Retsplejelovens kap. 42 a (§§ 456 a-456 o) indeholder regler vedrørende behandlingen af faderskabssager. Der skelnes i flere af bestemmelserne mellem de to køn.

§ 456 b angiver de almindelige betingelser for danske domstoles internationale kompetence i faderskabssager. En faderskabssag kan således indbringes for retten her i landet, blandt andet hvis moderen har bopæl her, eller en mand, der er part i sagen, har bopæl eller ophold her, eller hans dødsbo behandles eller har været behandlet her, jf. stk. 1, nr. 1 og 2. Sag efter anmodning fra en mand, der efter børnelovens § 6 har ret til at få prøvet, om han er barnets far, kan dog kun indbringes for retten her i landet, hvis moderen og barnet har bopæl her, jf. stk. 2.

§ 456 c angiver de danske domstoles stedlige kompetence i faderskabssager. Det følger således af stk. 1 og 2, 1. pkt., at sagen indbringes for den byret, hvor moderen har hjemting, eller, såfremt moderen ikke har hjemting her i landet, for byretten, hvor den mand, der er part i sagen, har hjemting. Er flere mænd ved sagens indbringelse for retten parter i sagen, bestemmer justitsministeren, hvilken af de kompetente byretter sagen skal indbringes for, jf. stk. 2, 2. pkt.

I § 456 e, stk. 1, er det angivet, at sagens parter blandt andet er moderen eller hendes dødsbo og den eller de mænd, som retten efter børnelovens § 17 skal inddrage.

Meddelelse om sagens indbringelse for retten gives i medfør af § 456 f ved rettens foranstaltning til parterne. Inddrages en mand under sagen som part, gives meddelelse ligeledes til ham.

I medfør af § 456 g, 2. pkt., skal retten beskikke en advokat for en inddraget mand, når der efter indkaldelse ved bekendtgørelse i Statstidende eller i tilfælde, hvor den opgivne far er død, ikke gives møde af manden eller dødsboet.

Det følger af § 456 h, stk. 1 og stk. 3, at retten drager omsorg for sagens oplysning, og at politiet yder retten bistand hertil, blandt andet ved eftersøgning af opgivne fadermuligheder.

§ 456 i, stk. 1, pålægger moderen pligt til at møde i retten og afgive forklaring om, hvem der er eller kan være barnets far, jf. børnelovens § 16. Stk. 2 pålægger den eller de mænd, der er parter i sagen, pligt til at møde i retten og afgive forklaring om, hvorvidt de har haft seksuelt forhold til moderen i den periode, hvor hun blev gravid. Reglerne i § 171, stk. 2, nr. 1, og §§ 177-180 finder i begge tilfælde tilsvarende anvendelse.

Retten træffer afgørelse i sagen uden hensyn til parternes påstande og anbringender, jf. § 456 k, stk. 1. Det følger endvidere af stk. 2, at kun retten kan træffe bestemmelse om, at en mand ikke længere skal være inddraget som part i sagen. Stk. 3 bestemmer, at sagen blandt andet hæves, når ingen af de mænd, der er parter i sagen, bliver dømt som far.

Såfremt moderen ønsker det, kan en medarbejder fra kommunen i medfør af § 456 m, stk. 1, 2. pkt., give møde for retten sammen med moderen. I medfør af stk. 3 optages moderens og barnets navn ved forkyndelse af meddelelse om sagens anlæg og tilsigelser i henhold til § 159 samt af domme kun i bekendtgørelsen i Statstidende, såfremt retten i særlige tilfælde træffer bestemmelse herom.

§ 456 o indeholder bestemmelser om anke af faderskabssager. Det følger af bestemmelsens stk. 3, 2. pkt., at sagen kan hjemvises til fornyet behandling ved byretten, hvis der opstår spørgsmål om inddragelse af andre mænd, end de under byretssagen inddragne.

9.4.2. Modellernes konsekvenser for Justitsministeriet

9.4.2.1. Paslovgivningen

Ingen af modellerne giver anledning til ændring af pasloven.

Såfremt model 1 eller 2 vælges, vil der dog være behov for at justere pas-bekendtgørelsen.

9.4.2.2. Indfødsretslovgivningen

Som det fremgår af afsnit 9.4.1.2, er det efter indfødsretslovgivningen som udgangspunkt den biologiske far til barnet, der anses som barnets far, og den kvinde, der har født barnet, der anses som barnets mor.

En gennemførelse af model 1, 2 eller 3 vil derfor ikke kræve ændringer af indfødsretslovgivningen.

9.4.2.3. Konkurslovens regler om underholdsbidrag

Konkurslovens § 71, stk. 3 er rettet mod den situation, hvor en skyldner med konkurs for øje træffer en aftale med sin ægtefælle om et meget betydeligt underholdsbidrag. Bestemmelsen omfatter efter sin ordlyd tillige en sådan aftale med en ”besvangret kvinde”.

Eftersom alene biologiske kvinder kan være gravide, vurderes bestemmelsen ikke at ville give anledning til fortolkningstvivel, heller ikke i det tilfælde, at en skyldner med konkurs for øje indgår en aftale om underholdsbidrag med en person, der har undergået juridisk kønsskifte og er registreret som mand, men gravid med den pågældendes barn.

Ingen af de ovenfor beskrevne modeller giver anledning til en ændring i konkurslovens regler om underholdsbidrag til ægtefælle, barn eller be-
svangret kvinde.

9.4.2.4. Retsplejeloven – international kompetence i ægteskabssager og behandling af faderskabssager

Begreberne ”mor” og ”far” i retsplejelovens værnetingsregler fortolkes i overensstemmelse med børnelovens regler herom.

Ingen af de ovenfor beskrevne modeller giver derfor anledning til en ændring i retsplejelovens værnetingsregler.

9.4.2.5. Økonomiske og administrative konsekvenser

Der vil ikke på Justitsministeriets område være økonomiske eller administrative konsekvenser af betydning, hvis en af de opstillede modeller gennemføres.

10. Sammenfatning

På nuværende tidspunkt kan juridisk kønsskifte i Danmark opnås efter et fysisk kønsskifte i form af kastration.

Sundhedsstyrelsen anerkender et kønsskifte efter ansøgning fra den pågældende, hvis kastration er gennemført som følge af transseksualisme.

Sundhedsstyrelsen orienterer Økonomi- og Indenrigsministeriets CPR-kontor om det anerkendte kønsskifte, og CPR-kontoret udsteder herefter et nyt cpr-nummer til den pågældende i overensstemmelse med det nye køn.

Det nye CPR-nummer medfører krav om et fornavn, der er kønskorrekt i forhold til det nye køn, og giver adgang til udstedelse af nye personlige dokumenter som f.eks. pas, kørekort og fødselsattest i overensstemmelse med det nye køn.

Transkønnede, som ikke ønsker at gennemføre kastration, kan efter gældende ret – som en slags delvis juridisk kønsskifte – tage et fornavn, der betegner det modsatte køn, og få kønsbetegnelsen X (for uspecificeret) i passet, forudsat at Sexologisk Klinik vurderer, at den pågældende enten er transseksuel eller ganske må ligestilles hermed.

Arbejdsgruppen har opstillet tre modeller for en mulig fremtidig ordning for juridisk kønsskifte: Erklæringsmodellen, vurderingsmodellen og diagnosemodellen. Herudover har arbejdsgruppen overvejet, men forkastet en model, som indebærer krav om kønskorrigerende behandling (behandlingsmodellen).

Erklæringsmodellen indebærer, at personer, der oplever et misforhold mellem det biologiske køn og det køn, som den pågældende oplever sig selv som tilhørende, kan få tilladelse til juridisk kønsskifte ved at indgive ansøgning herom vedlagt en erklæring fra ansøgeren om, at ansøgningen er begrundet i en oplevelse af at tilhøre det andet køn.

Ansøgning om kønsskifte indgives til Økonomi- og Indenrigsministeriet (CPR-kontoret), som tildeler ansøgeren et nyt CPR-nummer svarende til det ønskede køn med deraf følgende krav om et fornavn, der er kønskorrekt i forhold til det nye køn, og mulighed for nyt pas mv.

For at minimere risikoen for, at de pågældende fortryder deres beslutning og ansøger om på ny at få juridisk status svarende til det biologiske køn, kan modellen kombineres med et krav om en refleksionsperiode på 6 måneder fra ansøgningstidspunktet, hvorefter den pågældende skal bekræfte sin ansøgning, inden den kan imødekommes.

Vurderingsmodellen indebærer, at personer, som er transseksuelle eller ganske må ligestilles hermed, kan få tilladelse til juridisk kønsskifte.

Tilladelsen meddeles af Økonomi- og Indenrigsministeriets CPR-kontor på baggrund af en erklæring fra en psykiater om, hvorvidt ansøgeren er transseksuel eller ganske må ligestilles hermed. CPR-kontoret tildeler herefter ansøgeren et nyt CPR-nummer svarende til det ønskede køn med deraf følgende krav om et fornavn, der er kønskorrekt i forhold til det nye køn, og mulighed for nyt pas mv.

Betingelserne for at opnå juridisk kønsskifte efter denne model svarer til de gældende betingelser for at få tilladelse til at skifte navn og få kønsbe-

tegnelsen X i passet, hvor det dog alene er Sexologisk Klinik, der kan afgive erklæring om, hvorvidt den pågældende er transseksuel eller ganske må ligestilles hermed

Efter gældende praksis betyder det, at en person, der gennem et års tid har levet og ageret på fuld tid som det oplevede køn, kan blive vurderet til at være transseksuel eller ganske at måtte ligestilles hermed.

Diagnosemodellen indebærer, at (kun) personer, der er blevet diagnosticeret som transseksuelle, kan få tilladelse til juridisk kønsskifte. Diagnosen skal være stillet af Sexologisk Klinik.

Tilladelsen meddeles af Sundhedsstyrelsen, når Sexologisk Klinik har stillet diagnosen transseksualitet. Sundhedsstyrelsen giver besked om den meddelte tilladelse til Økonomi- og Indenrigsministeriets CPR-kontor, som herefter tildeler ansøgeren et nyt CPR-nummer svarende til det ønskede køn med deraf følgende krav om et fornavn, der er kønskorrekt i forhold til det nye køn, og mulighed for nyt pas mv.

Den persongruppe, som vurderes at være ganske ligestillet med transseksuelle, og som altså ikke er diagnosticeret som transseksuelle, vil med denne model – som i dag – alene kunne skifte navn og få kønsbetegnelsen X i deres pas.

Den mest restriktive model, som arbejdsgruppen har overvejet, er *behandlingsmodellen*. Modellen indebærer, at der (kun) kan meddeles tilladelse til juridisk kønsskifte, hvis ansøgeren er diagnosticeret som transseksuel og har fået hormonbehandling i et år.

Et års hormonbehandling vil typisk resultere i begyndende forandringer af den pågældendes fysik, herunder medføre infertilitet for den pågældende. Ophør af hormonbehandlingen kan imidlertid medføre refertilisering, og arbejdsgruppen har derfor overvejet muligheden for tillige at stille krav om sterilisation, som dog heller ikke giver sikkerhed for varig infertilitet, idet der kan ske såvel refertilitetsbehandling som assisteret reproduktion.

Arbejdsgruppen har forkastet modellen under hensyn til Danmarks internationale forpligtelser, jf. straks nedenfor.

Justitsministeriet har foretaget en vurdering af, hvorvidt den gældende ordning og de modeller, som arbejdsgruppen har overvejet, er forenelige med Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMRK).

Det er Justitsministeriets vurdering, at det ikke kan udelukkes, at Danmark vil blive dømt for overtrædelse af EMRK (artikel 8 om retten til selvbestemmelse og privatliv) ved Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol, både hvis den nuværende ordning med krav om kastration fastholdes, og hvis der indføres en ny ordning med krav om hormonbehandling (med eller uden et tillægskrav om sterilisation).

Justitsministeriet finder derimod ikke, at erklærings-, vurderings- og diagnosemodellerne rejser spørgsmål i relation til EMRK eller Danmarks internationale forpligtelser i øvrigt.

Samtlige modeller indebærer behov for ændring af sundhedsloven og lov om assisteret reproduktion under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Gennemførelse af erklærings- eller vurderingsmodellen forudsætter endvidere ændring af CPR-loven under Økonomi- og Indenrigsministeriet. Herudover vil der afhængig af valg af model være behov for justering af visse administrative forskrifter, herunder Justitsministeriets pasbekendtgørelse.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at erklærings- og vurderingsmodellen ikke vil have nævneværdige økonomiske konsekvenser for det offentlige. De økonomiske konsekvenser af diagnosemodellen skønnes at være usikre, men under alle omstændigheder begrænsede.