

Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland

Stellungnahme

Deutscher Hebammenverband e. V.

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Der mit 17.400 Mitgliedern größte Hebammenverband in Deutschland vertritt die Interessen aller Hebammen¹. In ihm sind freiberufliche und angestellte Hebammen, Lehrerinnen für Hebammenwesen, Familienhebammen sowie Hebamenschülerinnen und Studierende vertreten.

Der DHV unterstützt das Anliegen der Organisationen der Intersexuellen Menschen und der Politik bestehende Regelungen auf Veränderungsbedarf zu überprüfen. Unverständlich ist aus unserer Sicht jedoch die Dauer, mit der das Thema diskutiert wird, ohne dass zumindest übergangsweise Regelungen getroffen werden, die von den intersexuellen Menschen selbst als annehmbar anerkannt werden.

Hebammen sind oft die ersten Personen, die nach der Geburt eines Kindes feststellen, dass eine Abweichung in der Ausprägung der geschlechtsbestimmenden Merkmale vorliegt. Gemäß Personenstandsgesetz sind sie verpflichtet in den Formularen zur Anmeldung eines Kindes beim Standesamt anzugeben, ob es sich um einen Jungen oder ein Mädchen handelt. Die Angabemöglichkeit „nicht eindeutig“ ist nicht vorgesehen. Auch existiert keine behördlich festgelegte Vorgehensweise bei uneindeutigem Geschlecht.

Um ihrem gesetzlichen Auftrag gerecht werden zu können, muss sich jede Hebamme mit der medizinischen Diagnose und mit den Eltern auseinandersetzen. Der DHV hat in seiner Verbandszeitschrift umfassend über die Diagnosen und Ausprägungen der Intersexualität informiert und empfiehlt seinen Mitgliedern die Kenntnis des vom Verein Intersexuelle Menschen herausgegebenen Ratgebers für Hebammen „Was ist es denn?“.

Für die Eltern ist jede Abweichung vom Normalen mit Sorgen, Ängsten und Unsicherheiten verbunden. Bei uneindeutigem Geschlecht sind grundlegende soziale Interaktionen mit der

¹ Wegen der besseren Lesbarkeit beschränken wir uns auf die weibliche Berufsbezeichnung für Hebammen. Gemeint sind immer auch Entbindungspfleger.

Umwelt erschwert. So können die Fragen „Was ist es denn?“ und „Wie soll es denn heißen?“ zunächst nicht beantwortet werden. Die Auseinandersetzung mit der Umwelt in Bezug auf das Neugeborene ist daher für die Eltern erheblich erschwert, auch wenn das uneindeutige Geschlecht im Umgang mit dem Kind selbst keine Schwierigkeiten bereitet.

Alle Eltern haben das Bedürfnis ihr Kind zu unterstützen und ihm jede mögliche medizinische Maßnahme zukommen zu lassen, die sie für förderlich halten. Bei uneindeutigem Geschlecht des Kindes kommt jedoch ein starker sozialer Handlungsdruck hinzu, der eine Eiligkeit suggeriert, die aus medizinischer Sicht nur sehr selten gegeben ist. Die allermeisten Eltern stimmen daher chirurgischen geschlechtszuweisenden Eingriffen zu. Ohne jegliche Evidenz wird in Leitlinien eine operative Korrektur innerhalb der ersten sechs Lebensmonate des Kindes empfohlen. Wegen der scheinbar einfacheren Operationstechnik wird dem überwiegenden Teil der intersexuellen Menschen das weibliche Geschlecht zugewiesen. Rein optisch sind diese Operationen scheinbar erfolgreich.

Tatsächlich kann über Erfolg oder Misserfolg jedoch erst Jahre später durch die betroffenen Menschen selbst entschieden werden.

Problematisch an der bestehenden Praxis ist, dass Geschlechtlichkeit und sexuelle Funktionalität in den ersten ca. 12 Lebensjahren eine untergeordnete Rolle im Leben eines Menschen spielen. Es vergehen weitere Jahre, in denen erst eine Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität stattfinden muss und ggf. Therapien/weitere Operationen erfolgen.

Von den Organisationen der Betroffenen wird ohne Ausnahme eine Änderung der bestehenden Verfahren gefordert. Es gibt keine Studie, die zu dem Ergebnis kommt, dass die Betroffenen selbst mit den Ergebnissen der operativen Korrekturen überwiegend zufrieden wären. Das bestehende Vorgehen wird allein durch einen medizinischen „Standard“ gerechtfertigt, der in Leitlinien seinen Ausdruck findet.

Aus Sicht des DHV macht dies nur deutlich, dass sich am bestehenden Verfahren zur Erstellung von Leitlinien grundsätzlich etwas ändern muss. Leitlinien werden meist von den Operateuren selbst erstellt, die damit das von ihnen favorisierte Verfahren als Standard festschreiben können. Dem DHV, als Beteiligtem an der Leitlinienerstellung „Neugeborenen-Screening auf angeborene Stoffwechselstörungen und Endokrinopathien“, war es zum Beispiel im Konsensverfahren bislang nicht möglich wesentliche Änderungen an dem Satz zur operativen Korrektur des Genitals bei Mädchen: „Zeitpunkt und Methode sind abhängig von Befund und Operateur.“ zu erreichen. Derzeitig umfassen die Möglichkeiten der operativen Korrektur Maßnahmen wie:

- Entfernung von Ovarien/Hoden, mit der Folge, dass lebenslange, nebenwirkungsreiche Hormonersatztherapie notwendig ist
- Anlegen einer Neo-Vagina bei Säuglingen, mit der Folge traumatisierender Dehnungsprozeduren im Kindesalter

- Verkleinerung von Penis/Klitoris mit der Folge des Verlustes der sexuellen Empfindungsfähigkeit

Derartig weitreichende Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit und sexuelle Selbstbestimmung eines Menschen bedürfen einer individuellen sorgfältigen Abwägung. Wenn möglich können Entscheidungen dazu nur von den betroffenen Menschen selbst nach Erreichen der Geschlechtsreife getroffen werden.

Folgende Maßnahmen und Regelungen sind aus Sicht des DHV notwendig:

- Recht der Betroffenen auf umfassende altersgerechte Information über Befunde und Zusammenhänge
- Frühzeitige und entwicklungsstufengerechte Aufklärung der Betroffenen über erfolgte geschlechtszuweisende Eingriffe
- Möglichkeit der Angabe eines vorläufigen Geschlechts im Personenstandsgesetz
- Zulassung geschlechtsneutraler Vornamen
- Für den Geschlechtseintrag wird als dritte Option nach Erreichen der Volljährigkeit der Betroffenen "zwischen Geschlechtlich/intersexuell/zwittrig" zugelassen
- Beteiligung von Patientenvertretern an der Erstellung von Leitlinien, z. B. durch Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zum Thema Intersexualität

Sofortmaßnahmen

- Unverzügliches Aussetzen der derzeitigen operativen Praxis und Entwicklung eines neuen Handlungsalgorithmus unter ausführlichem Einbezug ethischer Aspekte
- Anerkennung der erfolgten Schädigung durch Versorgungsämter
- Übernahme der Kosten für Therapie (Psychotherapie, Hormonersatztherapie) durch gesetzliche Krankenkassen
- Verbot von Kastrationen vor Erreichen der Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen
- Umfassender Schutz des ungeborenen intersexuellen Lebens

Martina Klenk
Präsidentin
(Juli 2011)