

Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland

Stellungnahme

Prof. Dr. phil. Nina Degele

Fragen zur Behandlung

Zu 1.1)

Vermutlich meinen Sie diese Empfehlungen: „Ethische Grundsätze und Empfehlungen bei DSD
Therapeutischer Umgang mit Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung/Intersexualität bei
Kindern und Jugendlichen“ (<http://www.springerlink.com/content/r1n1t0456k0lp0m7/>). „Es
lassen sich folgende Empfehlungen für das therapeutische Team aufstellen: 1. Besonderheiten der
Geschlechtsentwicklung sind nicht per se korrekturbedürftig. Jede Therapieentscheidung, die
nicht eine unmittelbare Gefahr für Leben und Gesundheit des Kindes abwenden soll, muss
sorgfältig geprüft werden. 2. Das therapeutische Team muss die Eltern von Anfang an und
umfassend einbeziehen. 3. Die Wahrung des Kindeswohls erfolgt nicht automatisch durch die
Festlegung auf ein eindeutiges Geschlecht, vielmehr ist die Entwicklung von Selbstvertrauen und
Selbstbewusstsein im Hinblick auf die persönliche und geschlechtliche Identität ein vorrangiges
therapeutisches Ziel. 4. Offenheit und Akzeptanz sind wichtig. 5. Die Behandlung sollte stets
optimal und damit interdisziplinär erfolgen. 6. Maßnahmen ohne ausreichende Evidenz oder mit
irreversiblen Folgen für die Geschlechtsidentität oder negativen Auswirkungen auf
Sexualität/ Fortpflanzungsfähigkeit sind besonders kritisch abzuwägen. 7. Das Kind ist stets
altersgerecht und umfassend aufzuklären. 8. Eine detaillierte Dokumentation ist unerlässlich. 9.
Diese Grundsätze und Empfehlungen müssen in regelmäßigen Abständen überprüft und
neuesten Erkenntnissen angepasst werden.“

Diesen Empfehlungen stimme ich zu, weil sie darauf zielen, möglichst wenig irreversible
Tatsachen zu schaffen bzw. dem Kind/späteren Erwachsenen möglichst große
Entscheidungsspielräume offen zu halten. Darüber hinaus halte ich es für sinnvoll, Betroffene
außerhalb des medizinischen Expertentums ernst zu nehmen und adäquat zu berücksichtigen.
Weiter unterstütze ich die explizite Prozessperspektive: Entscheidungen müssen auf
Veränderbarkeit angelegt sein, denn Wissen, Präferenzen, Identitäten ändern sich. Vor allem

teile ich das Ziel, nicht unkritisch herrschende Geschlechter(stereotype) festzuschreiben, sondern Raum für Lebens- und Denkweisen jenseits der rigiden Zweigeschlechtlichkeit zu schaffen: Intersexuelle sollten sich selbst dafür entscheiden können, ob sie sich Männern, Frauen oder anderen Geschlechtern zurechnen lassen möchten, und dafür sollte ihnen die Möglichkeit gegeben werden.

Zu 1.2)

Ohne über medizinischen Sachverstand zu verfügen würde ich versuchen, die „zwingende medizinische Indikation“ so eng wie möglich auf physische Erkrankungsrisiken zu begrenzen – psychosoziale Entwicklungen sind je nach Perspektive sehr unterschiedlich deut- und bewertbar und sollten so lang wie möglich offen gehalten werden (siehe 1.1).

Fragen zur Indikation

Zu 2.1)

Medizinische Indikation möglichst eng: Überlebensfähigkeit, Abwendung schwerwiegender Gefahr für körperliche Gesundheit, keine Einschränkung der Lebenserwartung. Psychosozial: Entscheidungsmöglichkeit des Kindes so lang wie möglich (bis zum Erwachsenenalter) offen halten.

Zu 2.2)

Ja.

Zu 2.3)

In dieser Auseinandersetzung hat für mich die Stimme von Betroffenengruppen Vorrang. MedizinerInnen sind in einem wissenschaftlich-disziplinären Rahmen sozialisiert, der auf Eindeutigkeit zielt – was der Vielfalt des sozialen Lebens immer weniger gerecht wird. Nur wenige MedizinerInnen setzen sich mit Unterschieden zwischen und Lebenswelten von Intersexuellen, Transsexuellen und Transgender auseinander, die einzige Dimension ist das biologische Geschlecht, das unter der Norm(alität) der Zweigeschlechtlichkeit wahrgenommen. Das muss aber nicht so sein, Menschen verorten sich sozial durchaus zwischen Geschlechtern, und nach dem Fall der 800 m-Läuferin weiß auch die Sportwelt, dass der Rahmen der Zweigeschlechtlichkeit zu eng sein kann, um Menschen zu kategorisieren. Zu berücksichtigen ist weiter, dass die von MedizinerInnen oftmals befürchteten seelischen Schäden vor allem deshalb als Schäden wirksam werden, weil im Alltagswissen noch immer so wenig Raum für Lebensweisen jenseits der rigiden Zweigeschlechtlichkeit ist, und genau daran haben MedizinerInnen mit einer solchen Befürchtung Anteil. Sie könnten statt dessen auch daran

arbeiten, die Grenzen zu verflüssigen, indem sie ihr Normalitätsverständnis erweitern – wie es viele Betroffenenengruppen tun.

Zu 2.4)

Siehe 2.1. Die Herstellung einer eindeutigen Geschlechtsidentität ist nicht notwendigerweise ein „Heileingriff“ (nur wenn die Betroffenen das explizit wollen), sie kann in manchen oder auch vielen Fällen als Zurichtung, Kastration, Vergewaltigung, Verstümmelung oder Eingriff in die Persönlichkeitsrechte wahrgenommen werden – was respektiert werden sollte.

Zu 2.5)

Ob es der gängigen Praxis entspricht, kann ich nicht beurteilen, es würde mich aber nicht wundern, wenn es so wäre: Ich vermute, dass es so ist. Dafür spricht, sich nicht mit der eigenen Unsicherheit konfrontieren zu müssen und dem Kind einige Jahre länger ein Bild von Normalität vorzugaukeln, das es nicht gibt. Dagegen spricht, dass sich ein solches Verschweigen negative psychische Folgen für das Kind haben kann, das häufig merkt, dass etwas nicht stimmt, aber nicht weiß, was und warum. Die Belastung, „wenn es dann doch rauskommt“, ist dann umso größer. Das Kind sollte dagegen mit dem Gefühl aufwachsen, dass nichts an ihm falsch ist, das verschwiegen werden muss und dass es stolz auf sich und seinen Körper sein kann. Die Eltern sollten von Selbsthilfegruppen und medizinischen/psychosozialen Einrichtungen Unterstützung bekommen, dass Intersexualität zu menschlichen Normalität gehört und dass auch sie sich nicht dafür schämen müssen.

Fragen zur Lebensqualität

Die Hamburger Studie scheint mir hinsichtlich ihrer interdisziplinären und über die klinische Medizin hinausgehender Ausrichtung der Fragestellung in Bezug auf die Lebensqualität von Intersexuellen angemessener zu sein.

Zu 3.1)

Unterschiede ergeben sich etwa aus einem Interesse am technischen Gelingen von Operationen oder am Gesamtbefinden – eine Verengung auf medizinisch-technische Fragen scheint mir nicht angemessen zu sein.

Zu 3.2)

Welche gesellschaftlichen Möglichkeiten und Hilfestellungen gibt es, über das restriktive Normalitätsmodell der Zweigeschlechtlichkeit hinaus zu kommen und dies Intersexuellen verfügbar zu machen?

Zu 3.3)

Betroffene sind keine störende Residualkategorie, sondern müssen im Zentrum der Untersuchung stehen – auch im Gegensatz zu medizinischen und in die Gesellschaft projizierte Normalitätsvorstellungen.

Fragen zur kulturellen und gesellschaftlichen Perspektive

Zu 4)

Gesellschaftliche Integration und Teilhabe von Intersexuellen: schlecht, sie werden marginalisiert und haben dem gesellschaftlichen Zweigeschlechtlichkeitszwang jenseits von Subkulturen nur wenig entgegen zu setzen. Dagegen sollte auch die Medizin vorgehen.

Zu 5)

Die aufgezählten Forderung unterstütze ich ohne Einschränkungen – hinzu kommen sollten Enttabuisierungskampagnen wie sie etwa DFB-Präsident Theo Zwanziger in Bezug auf Schwule und Lesben im Fußball unterstützt.

Zu 6)

Die gesetzliche Zwangszweiteilung sollte eindeutig aufgehoben werden. Ob es eine dritte oder mehrere andere Kategorien gibt und wie sie heißen sollten, darüber sollte öffentlich debattiert werden. Ich halte es nicht für sinnvoll, wenn etwa WissenschaftlerInnen sich dazu eine Definitionsmacht anmaßen (auch wenn ich die Kategorien intersexuell, transsexuell oder transgender für diskussionswürdig halte) – einige Betroffenenengruppen plädieren etwa für die Kategorie „Zwitter“, andere halten sie für diskriminierend. Höchste Zeit, dies öffentlich zu diskutieren.