

Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland

Fragebogen

Befragung von Ärzten, Therapeuten und Sozialwissenschaftlern

Fragen zur Behandlung

In der Medizin ist umstritten, inwieweit chirurgische und hormonelle Eingriffe an Kindern mit uneindeutigem Geschlecht durchgeführt werden sollen. Im Ergebnispapier der Chicago Consensus Conference von 2005¹ werden die früheren Richtlinien einer „optimalen Geschlechtszuschreibung“ überwunden und geschlechtszuweisende Operationen nur unter bestimmten Bedingungen empfohlen.²

Es gibt nicht nur von Betroffenengruppen, sondern auch innerhalb der Medizin zunehmend kritische Stimmen zu diesen Empfehlungen und einen beginnenden Wandel im Verständnis von Intersexualität. So fordern die „Ethischen Grundsätze und Empfehlungen bei DSD“³ der Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität eine „therapeutische Haltung der Offenheit und Akzeptanz“ und betonen, dass „Maßnahmen, für die keine zufriedenstellende wissenschaftliche Evidenz vorliegt, sowie Maßnahmen, die irreversible Folgen für die Geschlechtsidentität oder negative Auswirkungen auf Sexualität und Fortpflanzungsfähigkeit haben können, [...] einer zwingenden medizinischen Indikation“ bedürfen.

Die Frage, was in diesem Zusammenhang eine „zwingende medizinische Indikation“ genau ist, wird innerhalb der Medizin unterschiedlich beantwortet. Strittig ist, ob sich eine solche nur auf chirurgische Eingriffe und Behandlungen beziehen kann, die zur Abwendung einer schwerwiegenden Gefahr für die physische Gesundheit oder das Leben des Kindes erforderlich sind, oder ob eine medizinische Indikation auch auf psychische Belastungen und psychosoziale

¹ Hughes, I. A.; Houk, C.; Ahmed, S. F.; Lee, P. A.; LWPES/ESPE Consensus Group (2006): Consensus statement on management of intersex disorders. In: Archives of disease in childhood, 91 (7), 554-563.

² Neben genauer Diagnostik gehören hierzu beispielsweise Klitorisresektionen nur ab einer bestimmten Größenabweichung, Vaginaldehnungen nicht vor der Pubertät, plastisch-chirurgische Eingriffe wie Vaginal- und Penisplastik erst im Erwachsenenalter, Gonadenentfernung vor der Pubertät nur bei bestimmten Diagnosen (zum Beispiel Gonadendysgenese sowie komplette oder partielle Androgeninsensitivität).

³ Die Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität übersetzt den international eingeführten Begriff DSD mit „differences of sex development“ beziehungsweise im Deutschen mit „Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung“.

Gesichtspunkte, wie prognostizierte soziale Schwierigkeiten des Kindes und der Eltern, gegründet werden kann. Hinzu kommt, dass die Standpunkte bezüglich der seelischen und körperlichen Schädlichkeit früher Eingriffe und deren Unterlassung innerhalb der Medizin, aber auch zwischen den Angehörigen und den Betroffenen konträr sind und bisher keine verlässlichen Erkenntnisse vorliegen.

- 1.1) Wie bewerten Sie diese Empfehlungen?
- 1.2) Würden Sie einige Punkte anders beurteilen? Wenn ja, wie begründen Sie Ihr Urteil?

Fragen zur Indikation

Nach allgemeiner Auffassung dürfen Eltern eine Einwilligung in einen medizinischen Eingriff oder eine Behandlung bei Minderjährigen nur geben, wenn dieser/diese medizinisch indiziert ist.

- 2.1) Wie fassen Sie den Begriff der medizinischen Indikation angesichts der Tatsache, dass es bisher keine etablierten Standards gibt? Darf oder soll Ihrer Meinung nach eine medizinische Indikation in diesem Falle auch psychosoziale Gesichtspunkte enthalten? Welche psychosozialen Gesichtspunkte wären das?
- 2.2) Vorgeschlagen wird, chirurgische Eingriffe an den Genitalien im nicht einwilligungsfähigen Alter nur dann zuzulassen, wenn dies zur Abwendung einer schwerwiegenden Gefahr für die körperliche Gesundheit oder das Leben des Kindes erforderlich ist. Wären dies Ihrer Meinung nach die Tatbestände, die der Begriff der „zwingenden medizinischen Indikation“, wie er von der Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität für solche Eingriffe im nicht einwilligungsfähigen Alter eingeführt wurde, abdeckt?
- 2.3) Viele Mediziner gehen davon aus, dass die Unterlassung einer frühen Geschlechtszuweisung zu seelischen Schäden führt. Viele Betroffenenengruppen sagen aber dagegen, dass gerade die frühe Geschlechtszuweisung zu psychischen und körperlichen Schäden führe. Wie beurteilen Sie diese Auseinandersetzung? Schlagen Sie bestimmte Differenzierungen vor?
- 2.4) In welchen Fällen von DSD gehen Sie von einer krankheitswertigen Störung aus, die eine Heilbehandlung notwendig macht? Ist eine Operation oder Medikation mit dem Ziel der Herstellung einer eindeutigen Geschlechtsidentität als Mann oder Frau ein „Heileingriff“?
- 2.5) Entspricht es Ihrer Kenntnis nach auch heute noch der Praxis, Eltern zu raten, den wahren Grund der operativen oder sonstigen Maßnahmen gegenüber dem Kind zu verschweigen? Welche Gründe sprechen Ihrer Meinung nach dafür und welche dagegen?

Ursprünglich stand das Kürzel DSD für „disorders of sex development“. Im Sinne von „differences“ bzw. „Besonderheiten“ wird der Begriff DSD auch hier verwendet.

Fragen zur Lebensqualität

In den Selbstzeugnissen vieler erwachsener Menschen mit Intersexualität wird von erheblichen Einbußen in verschiedenen Lebensqualitätsbereichen, wie Lebenszufriedenheit und psychische Gesundheit, berichtet. Diese werden oft auf die in der Kindheit erfolgten geschlechtszuweisenden Eingriffe und Behandlungen zurückgeführt.

Hohe Werte bezüglich der psychischen Belastung⁴ sowie hohe und mittlere Werte der sexuellen Lebensqualität schlagen sich auch sowohl in der Hamburger Katamnese-Studie wie auch in der Studie des Netzwerks Intersexualität nieder.

Unterschiede werden in diesen Studien bezüglich der Zufriedenheit mit der Geschlechtsidentität⁵ und der Behandlungszufriedenheit festgestellt. Während die Hamburger Studie zu dem Schluss kommt, dass „trotz medizinischer Behandlungen häufig kein psychophysisches Wohlbefinden gewährleistet werden konnte“, kommt die Studie des Netzwerks Intersexualität zu dem Schluss dass „viele Erwachsene mit DSD mit der medizinischen Behandlung sehr zufrieden sind.“

- 3.1) Wie beurteilen Sie die Ergebnisse der Studien? Wie sind die unterschiedlichen Ergebnisse gerade bezüglich der Zufriedenheit mit der Geschlechtsidentität und mit den Behandlungen zu interpretieren?
- 3.2) Welche Forschungsdesiderate verbleiben?
- 3.3) Können Sie in den Ergebnissen beider Studien trotz aller Unterschiedlichkeit verallgemeinerungswürdige Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Lebenszufriedenheit und Gesundheit von zwischengeschlechtlich geborenen Menschen erkennen?

Fragen zur kulturellen und gesellschaftlichen Perspektive

- 4) Wie schätzen Sie die gesellschaftliche Integration und Teilhabe von Menschen mit Intersexualität in Deutschland ein?
- 5) Betroffenengruppen haben zur Verbesserung der Situation von zwischengeschlechtlich geborenen Menschen u. a. außerklinische Kontakt- und Beratungszentren, öffentlich finanzierte Aufklärung und Mittel für den Ausbau der bundesweiten Vernetzung intersexueller Menschen in die Diskussion gebracht. Wie schätzen Sie diese Vorschläge ein? Welche weiteren oder anderen Empfehlungen oder Forderungen haben Sie?
- 6) Sollte Ihrer Meinung nach die bisherige Zweiteilung in „männlich“ und „weiblich“ im Gesetz erhalten bleiben oder sollte diese um eine dritte oder um mehrere Kategorien

⁴ In der Hamburger Katamnese-Studie weisen 61 Prozent der Befragten klinisch relevante psychische Belastungswerte auf, in der Studie des Netzwerks Intersexualität 45 Prozent.

⁵ In der Hamburger Katamnese-Studie weisen 48 Prozent der Befragten eine auffällig hohe Verunsicherung der Geschlechtsidentität auf, in der Studie des Netzwerks Intersexualität haben nur 10 Prozent der Teilnehmenden hohe Werte auf einer Transgendeskala, die die Stärke des Wunschs abbildet, dem anderen Geschlecht zuzugehören.

ergänzt werden? Wenn Sie eine dritte oder weitere Kategorie fordern, wie sollten diese heißen und ausgestaltet sein?