

Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland

Stellungnahme

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt

Einleitend sei gesagt, dass für die meisten Behandlungsmaßnahmen nur unzureichende wissenschaftliche Evidenz vorliegt, was aber nicht bedeuten soll, dass man Personen mit Intersexualität nicht behandeln darf. In vielen Fällen ist bisher die Entscheidung schwierig, welcher der richtige Weg ist. So könnte etwa eine erwachsene Person ihren Eltern vorwerfen, dass sie einem bestimmten Geschlecht durch medizinische und pädagogische Maßnahmen zugeordnet worden war, sie könnte ihnen aber auch vorwerfen, dass sie die Uneindeutigkeit nicht bestehen ließen und akzeptieren konnten oder die Zuordnung zum anderen Geschlecht auf Grund des auffälligen äußeren Erscheinungsbildes nicht vorgenommen haben. Es kann also zu einer Kritik

- der durchgeführten Behandlungsmaßnahme oder
- der unterlassenen Behandlungsmaßnahme kommen.

Lange Zeit ist man davon ausgegangen, dass körperliche Eingriffe im Säuglingsalter keine negativen Auswirkungen auf die psychische Entwicklung des Kindes haben können. Dem zu Grunde lag die Annahme, dass es in dieser frühen Zeit keine Traumatisierungen gebe. Diese Auffassung ist jedoch durch die Traumaforschung der letzten Jahre widerlegt und wir wissen, dass bereits in der Embryonalzeit Stressbelastungen der Mutter sich auf die Entwicklung des Kindes auswirken können. V.a. gilt dies auch für die Konstruktion einer Neovagina, die regelmäßig gedehnt werden muss, um funktionsfähig zu bleiben. Gerade diese Erfahrung wurde wiederholt von betroffenen Personen als besonders belastend geschildert.

Fragen zur Behandlung

Zu 1.1)

Den Empfehlungen liegen die folgenden Annahmen zu Grunde, von denen sich nur wenige auf eine „körperliche“ Gefahr beziehen:

- Für eine gute Lebensqualität müssten das biologische (Chromosomen, Hormone, äußere und innere Genitalen) sowie das psychische Geschlecht (Geschlechtsidentität und Geschlechtsrollenverhalten) übereinstimmen und eindeutig sein, d.h. es sollte möglichst in keinem der Teilaspekte eine Abweichungen von der Norm bestehen (z.B. keine zu große Klitoris, keinen zu kleinen Penis, fehlende Brust, fehlende Vagina). Für die psychische Seite heißt das, eine Person sollte sich als Mann oder Frau erleben und männlich oder weiblich verhalten – dem Zuweisungsgeschlecht entsprechend.
- Eine „natürliche“ Vermännlichung eines phänotypisch weiblichen Körpers soll möglichst verhindert werden.
- Eine Wechsel der Geschlechtsrolle (-identität) soll möglichst vermieden werden.
- Die sexuelle Funktionsfähigkeit soll im Sinne einer heterosexuellen Penetration möglich sein.
- Selbst bei geringem Entartungsrisiko sollen die Gonaden entfernt werden, was eine lebenslange Hormonsubstitution nötig macht.

In jedem Fall wird von dem Ziel einer stabilen, das Leben überdauernden eindeutigen männlichen oder weiblichen Geschlechtsidentität ausgegangen, sowie einem eindeutig männlichen oder weiblichen möglichst unauffälligen Körper.

Spricht man von „irreversiblen Folgen für die Geschlechtsidentität“, geht man davon aus, dass die Geschlechtsidentität eine Folge medizinischer Maßnahmen sei, was keineswegs bewiesen ist. Wenn überhaupt dann ist das Gegenteil der Fall (vergleiche den Fall „Der Junge der als Mädchen aufwuchs“ von Colapinto): trotz körperlicher Umwandlung nach einer missglückten Phimoseoperation zu einem Mädchen, hat dieser Junge seine männliche Geschlechtsidentität behalten.

„Auswirkungen auf Sexualität und Fortpflanzung „ kann ebenfalls sehr unterschiedlich interpretiert werden. Ist unter Sexualität sexuelle Funktionsfähigkeit im Sinne eines heterosexuellen Koitus zu verstehen? Heißt Fortpflanzungsfähigkeit, die Fähigkeit Geschlechtsverkehr zu vollziehen und dabei eine Schwangerschaft zu provozieren, oder die Produktion von Ei- oder Samenzellen, die künstlich befruchtet werden könnten?

Zu 1.2)

Oft wird suggeriert bei den chirurgischen Eingriffen handle es sich um eine einzige Geschlechtsangleichende Operation. Es gibt aber im Zusammenhang mit der Behandlung von Personen mit Intersexualität eine Reihe unterschiedlicher chirurgischer Maßnahmen, von denen bei einigen die medizinische Indikation in jedem Fall gegeben ist, da sonst eine funktionelle Beeinträchtigung besteht (z.B. bei Vorliegen einer Hypospadie), und/oder die gesundheitsgefährdend sein könnten.

Davon unterschieden werden müssen Operationen, bei denen es entweder um die Angleichung an das eine oder andere Geschlecht geht (dabei wird eine Entscheidung ob männlicher oder weiblicher Körper getroffen), oder um Operationen, die Auffälligkeiten im Rahmen einer Geschlechtszugehörigkeiten beheben sollen (d.h. Klitorisreduktion bei AGS mit einem weiblichen Chromosomensatz ist nicht gleichzusetzen mit „Klitoris“reduktion bei Personen mit einem XY Chromosomensatz im Rahmen einer Zuweisung zum weiblichen Geschlecht, da man in diesem Fall eigentlich von einer an das weibliche Geschlecht anpassende Verkleinerung des Mikro-Penis sprechen müsste).

Die Annahme, dass man durch die chirurgische und hormonelle Angleichung eines Kindes an ein Geschlecht eine eindeutige Geschlechtsidentität in die Wege leiten könne, gilt heute als überholt. Viele Personen erleben sich trotz Geschlechtsangleichung als zwischen Mann und Frau dazwischen d.h. intersexuell.

Solange nicht gesichert ist, dass Personen mit geschlechtsangepasstem Körper psychisch stabiler sind und eine höhere Lebensqualität haben als solche, die nicht diesen Maßnahmen unterzogen wurden, können psychosoziale Aspekte in keinem Fall ausschlaggebend für derartige Eingriffe sein. Die Probleme der Eltern und der Umwelt dürfen nicht bestimmend sein, ein Kind in ein eindeutiges körperliches und psychisches Geschlecht zu zwingen, da mit großer Wahrscheinlichkeit dieses Kind nicht nur unter den Behandlungsmaßnahmen leidet sondern auch noch unter der Diskrepanz zwischen dem inneren Erleben und der geforderten Anpassung an die Umwelt. Diese Diskrepanz wird aber oft erst im Erwachsenenalter deutlich, was mit ein Grund dafür ist, warum die Ergebnisse von Outcome-Studien, die von Pädiatern bei Kindern und Jugendlichen gemacht werden, sich von Outcome Studien unterscheiden, die von Nicht Pädiatern bei Personen im Erwachsenenalter durchgeführt wurden.

Fragen zur Indikation

Jedem Eingriff muss eine sorgfältige medizinische Diagnostik vorausgehen, die etwas über das chromosomale Geschlecht aussagt und in vielen Fällen etwas über die zugrunde liegenden medizinischen Ursachen der nicht Eindeutigkeit, sowie deren zu erwartenden körperlichen Entwicklung aussagen kann. Das Ergebnis dieser Diagnostik stellt die Grundlage für eventuell zu indizierende Eingriffe dar.

Zu 2.1)

Wiederholt wurde argumentiert, dass Eltern wenn sie mit dem nichteindeutigen Körper ihres Kindes konfrontiert werden, sie mit dieser Situation überfordert wären und daher das Kind operiert werden müsste. Man sollte aber zwischen psychischen und sozialen Aspekten unterscheiden. Es soll nicht in Frage gestellt werden, dass eine derartige Erfahrung für Eltern eine besondere Herausforderung darstellt. Es steht außer Zweifel, dass das Ziel der Behandlung eine

Minimierung der psychischen Beeinträchtigung in erster Linie des Kindes und erst dann der Eltern sein sollte. Das heißt, das gegenwärtige und zukünftige Wohlbefinden haben oberste Priorität. Soziale Aspekte wie Stigmatisierung durch die Umwelt und Belastungen der Eltern müssen berücksichtigt werden, dürfen aber nicht ausschlaggebend für die Geschlechtszuweisung des Kindes sein genauso wenig wie das Geschlecht eines Embryos ein Grund für eine Abtreibung sein darf.

Psychosoziale Aspekte sind das psychische Wohlbefinden des Kindes und der Eltern, die Reaktion der Umwelt auf die Nichteindeutigkeit des Körpers und das nicht eindeutig männliche oder weibliche Verhalten des Kindes.

Zu 2.2)

Es geht hier nicht nur um eine schwerwiegende Gefahr sondern z.B. auch um die sexuelle Sensibilität, die unter den chirurgischen Eingriffen leiden kann. Nicht wenige erwachsene Personen mit einem XY Chromosomensatz, die einem weiblichem Körper zugewiesen wurden, leiden im Erwachsenenalter unter sexuellen Problemen. Die sexuelle Erregbarkeit, darf nicht ästhetischen Gesichtspunkten hinten angestellt werden.

Zu 2.3)

Ich glaube, dass man in unserer Gesellschaft fast nicht erziehen kann, ohne es einem Geschlecht zuzuweisen. Die meisten Eltern wären mit dieser Situation überfordert. Auch sollte man nicht automatisch davon ausgehen. Dass alle Betroffenen wollen, dass alle Menschen in der Umgebung wissen, dass sie intersexuell sind. Diese Entscheidung sollte man den Betroffenen überlassen, ob und wem sie es mitteilen wollen. Dennoch sollte die Erziehung flexibel sein und Kinder nicht in ein bestimmtes Geschlechtsrollenverhalten zwingen.

Zu 2.4)

Das ist eine gesundheitspolitische Frage, da die Krankenkasse Eingriffe nicht zahlt, wenn man sie nicht als Heilbehandlung bezeichnet. Ich wäre dafür weiterhin von Heileingriff zu sprechen, dessen Zeitpunkt aber in Absprache mit der betroffenen Person entschieden wird (informed consent).

Zu 2.5)

Kinder sollten in jedem Fall altersgemäß sensibel und verständnisvoll aufgeklärt werden. Eltern und Ärzte sollten von Psychologen (die ebenfalls geschult werden müssten) geschult werden, wie so eine Aufklärung gestaltet werden sollte. Aus der Traumaforschung ist bekannt, dass das Verschweigen von belastenden Ereignissen negative Folgen hat. Nicht wenige Patienten der Hamburger Studie, haben mit der Angst gelebt, an Krebs erkrankt zu sein, da man Ihnen

bestimmt Organe mit der Information, es bestehe ein Risiko entfernt hatte, ohne sie wirklich aufzuklären.

Fragen zur Lebensqualität

In dieser Frage werden 2 völlig unterschiedliche Aspekte vermischt:

- a) trotz medizinischer Behandlung kein psychisches Wohlbefinden und
- b) die Zufriedenheit mit der Behandlung.

ad a) Diese Unzufriedenheit kann mit vielen unterschiedlichen Aspekten zusammenhängen wie den Behandlungsmaßnahmen selbst, die Zufriedenheit mit dem Körper, die soziale Einbindung, aber auch die Reaktion und der Umgang der Eltern, Erfahrungen mit Erziehungspersonen, die berufliche Entwicklung,

ad b) Die Zufriedenheit mit der Behandlung bedarf dringend weiterer Forschung. Bisher liegen nur globale Beurteilungen vor.

Hier muss unterschieden werden zwischen:

- Umgang der Behandler mit dem Pat. (z.B. unfreiwilliges Fotografieren usw.),
- Zufriedenheit mit den Entscheidungen für bestimmte Maßnahmen,
- Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Behandlung,
- Zufriedenheit mit Art und Ausmaß der Aufklärung.

Der Unterschied zwischen unterschiedlichen Studien kann auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden. Man kann davon ausgehen, dass heute mit Pat. rücksichtsvoller umgegangen wird als früher, dass Pat. besser aufgeklärt werden und keine Maßnahmen gegen ihren Willen mehr durchgeführt werden. Man muss aber auch berücksichtigen, ob Studien bei Pat. des eigenen Behandlungszentrums durchgeführt werden, und Pat. Das Gefühl haben, von diesem Zentrum in der Betreuung abhängig zu sein.

In der Beurteilung scheint es wichtiger zu betonen, dass man die Unzufriedenen zufriedenstellen müsste und nicht zu betonen, wie viele doch zufrieden sind.

Zu 3.1)

Genauere Aussagen lassen sich nicht machen, da die Lübecker Studie noch nicht veröffentlicht wurde und der Bericht für die Patienten keine genauen Angaben zu den gestellten Fragen und den Berechnungen enthält

Zu 3.2)

Es fehlen Studien zu den einzelnen Untergruppen, da diese sich doch erheblich unterscheiden. Aus diesem Grund wird in Hamburg eine Fortsetzungsstudie durchgeführt: Androgene,

Lebensqualität und Weiblichkeit: Ein Vergleich von Frauen mit kompletter Androgeninsensitivität (bei 46,XY Chromosomensatz), Frauen mit Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom und Frauen mit einem Polyzystischen Ovar Syndrom (Leitung von Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt).

Zu 3.3)

Ja auf jeden Fall.

Fragen zur kulturellen und gesellschaftlichen Perspektive

Zu 4)

Da Personen mit Intersexualität bis vor kurzen sich in der Öffentlichkeit nicht geoutet haben (nicht outen durften) ist dazu noch ganz wenig zu sagen. Es sind dringend Studien erforderlich.

Zu 5)

Entsprechende Beratungszentren sind zu begrüßen, allerdings wäre es auch wünschenswert, wenn die Kooperation mit Fachkräften zumindestens zeitweise gegeben wäre, um auch über die neuesten Entwicklungen zeitnah informieren zu können.

Zu 6)

Ich finde, dass ein drittes Geschlecht einer erneuten Diskriminierung Vorschub leisten könnte und bin daher eher dafür, einmal zu überdenken, in welchen ganz seltenen Situationen es überhaupt von Bedeutung ist, welches Geschlecht jemand hat und das auf ein Minimum zu reduzieren. Z.B. wenn man ein Hotelzimmer mietet, ist es doch völlig unbedeutend welches Geschlecht man hat.