

Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland

Stellungnahme

Dr. med. Jörg Woweries

Fragen zur Behandlung

Zu 1.1)

Die Nomenklatur der Chicago Consensus Conference 2005 ersetzt Intersex durch Disorders of Sex Development (DSD), also Störung der sexuellen Entwicklung („disorder“ is explained as „an abnormal physical or mental condition“). Der Vorschlag der Betroffenen „Variations in Sex Development“ wurde in Chicago abgelehnt, ihre Stimmen wurden ignoriert. Sie äußerten sich empört über ihre Zuordnung zu „Störung“ und Krankheit. Im Netzwerk Intersexualität e.V. wird der Begriff „Disorder“ für kurze Zeit nicht mit Störung, sondern mit „Besonderheit“ der Geschlechtsentwicklung übersetzt. Gelegentlich liest man „Differences of sexual development“.

Das, was als Intersexualität, Zwitter, Hermaphrodit oder z. B. als Zwischengeschlecht bekannt ist, wird in der systematischen Übersicht ICD 10 nicht benannt (International Classification of Diseases, also einer Klassifikation von Krankheiten, die in Deutschland gilt).

Es werden einzelne „Krankheiten“ benannt und mit Ziffern der ICD 10 versehen: z.B.: E 25 Adrenogenitale Störungen, E 29 Testikuläre Dysfunktion, E 34.5 Androgenresistenz-Syndrom.

Gedankenspiele über ein „drittes Geschlecht“ helfen auch nicht weiter. Wegen vielfältiger Erscheinungsformen gibt es kein „eindeutiges“ drittes Geschlecht. Es gibt eher mehrere, oder sogar eine Vielzahl von Varianten des Geschlechts, wenn man alle verschiedenen Eigenschaften betrachtet. De facto wird mit dem Überbegriff Intersexualität bzw. DSD genau diese Gruppierung trotzdem vorgenommen und akzeptiert. Für Betroffene wichtiger ist aber der juristische und kulturelle Aspekt, der entscheidend zur Sichtbarmachung und Akzeptanz der Zwitter beitragen kann, etwa als Überbegriff für verschiedene körperliche Geschlechtsvarianten. Aus diesem Grund wird ein drittes Geschlecht von manchen Betroffenen verlangt und ist mehr als eine bloße „Gedankenspielerei“. Sehr viele andere verlangen allerdings, dass in den

Personalakten überhaupt kein Geschlechtseintrag vorgenommen wird. Dies ist im Personenstandsgesetz aber nicht zugelassen. Vgl. Absatz 6.2.

Die Haltung, ein nicht eindeutiges Genitale als pathologisch anzusehen und Operationen möglichst bald nach der Geburt vorzunehmen, gründet auf einer von Dr. John Money vor über fünf Jahrzehnten propagierte Ansicht, die Geschlechtsidentität könne durch Erziehung, bzw. durch Umerziehung erreicht werden. Diese Meinung wurde nie durch Langzeitbeobachtungen begleitet und nie wissenschaftlich evaluiert (ausführliche Erörterung bei U. Klöppel, 2010). Sie ist nicht haltbar. Er verstand es aber, seine Idee und Gedankenkonstruktion vehement zu propagieren. Menschen werden gezwungen, nur weil ihr Genitale nicht den „Normvorstellungen“ entspricht, sich den am Krankheitsbegriff orientierten medizinischen Vorstellungen und dem binär/dichotom gedachten Prinzip der Geschlechtsidentität zu unterwerfen, sich dem Geschlecht zurechnen zu lassen, dessen Genitale ihrem eigenen am ähnlichsten ist, bzw. dem Geschlecht, das sich am einfachsten operieren lässt. Die ganze Vielfalt von biologischen und auch sozialen Faktoren, die zur Geschlechtsidentität – einer männlichen, einer weiblichen oder einer anderen – beitragen, wird dabei völlig außer Acht gelassen.

Die Selbstbestimmung auf Grund der selbstempfundenen Geschlechtsidentität wird verweigert. Im Gegensatz dazu ist nach dem Transsexuellengesetz ausschließlich die Selbstbestimmung für die Anerkennung als transsexueller Mensch maßgebend. Die intergeschlechtlichen Menschen (Herms, Zwitter) selbst haben eindeutig eine eigene Geschlechtsidentität, die in ihrer Ausprägung genauso variiert wie es bei den zur Norm erklärten Menschen variiert.

Nur durch die Konstruktion eines auf nur zwei Geschlechter bezogenen Geschlechtsverständnisses, auch dichotom oder binär benannt, kommen Mediziner auf die weiteren Bezeichnungen wie „uneindeutige Geschlechtszugehörigkeit“. Diese sind dann der erste Schritt für geschlechtsangleichende chirurgischen Maßnahmen und Anwendungen von Sexualhormonen/Sexualhormonblockern (vgl. meine Betrachtung vom polaren Bild der Geschlechtsidentität). Nach wie vor werden Betroffene im Säuglingsalter oder im Kleinkindalter an den Genitalien operiert, weil „behandelnde“ Ärzte und Eltern die Zwischengeschlechtlichkeit als eine Entwicklungsstörung sehen. Sie geben an, dass sie dies zum „Wohle der Betroffenen“ tun. Selbsthilfegruppen intersexueller Menschen wehren sich jedoch zunehmend gegen solche Eingriffe, mit dem Verweis auf das Recht auf körperliche Unversehrtheit und freie Persönlichkeitsentfaltung. Sie betonen insbesondere ihre Selbstbestimmung ihrer Geschlechtsidentität, die sie durch Artikel 1, 2, und 6 des Grundgesetzes und verschiedene Artikel der UN-Menschenrechtskonvention und der UN-Kinderkonvention sowie durch Art. 3 der Charta der Grundrechte der EU begründen.

Insofern bringen die Ausführungen der Chicago Conference keine wesentlichen Änderungen.

Auch in neuen medizinischen Lehrbüchern (Buselmaier, Tariverdian: Humangenetik, Springer Verlag, 4. Aufl., 2006; Murken, Grimm, Holinski-Feder: Humangenetik, Thieme Verlag, 7. Aufl., 2006) findet man die Aussage, dass für die Geschlechtszuordnung der Neugeborenen überwiegend die Ausprägung des äußeren Genitale maßgebend ist. Begründet wird es damit, dass die Einordnung durch die Umwelt durch das „soziale Geschlecht“ bestimmt werde. Und dieses wiederum hänge angeblich als das „praktikable Geschlecht“ weitgehend von der Ausbildung des äußeren Genitale ab. Eine spätere Änderung des eingetragenen Geschlechts solle nach dem Kleinkindalter möglichst nicht mehr vorgenommen werden, wird behauptet. Diese Grundhaltung veranlasst immer noch, Operationen vorzuschlagen, um das nicht eindeutige Genitale einer Norm anzugleichen.

Es wird so versucht, ein „angenommenes psychosoziales Problem“ (vgl. meine Ausführungen weiter unten) medizinisch durch Operationen zu lösen (C. Lang, Intersexualität, 2006, S. 119). Gleichzeitig wird von ihnen auf das Transsexuellengesetz verwiesen – bei dem es sich ja um eine ganz andere Situation handelt –, um evtl. Irrtümer zu korrigieren. Diese Individuen sollen demnach warten mit der Änderung des zugewiesenen Status, entsprechend dem Transsexuellengesetz, bis sie volljährig sind.

Zu 1.2)

Auf Grund von kritischen Stimmen dazu wurde eine Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität gegründet, die ihre Ergebnisse als „Ethische Grundsätze und Empfehlungen bei DSD“ veröffentlichten (Monatsschrift Kinderheilkunde 2008, 156: 241-245).

Diese Gedanken sind eine ausgewogene Stellungnahme zu „Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung“, insbesondere weil auch auf Stimmen der Betroffenen gehört wurde. Sie sind sehr sorgfältig im Sinne der Kinder formuliert, insbesondere weil sie anmahnen, dass die betroffenen intersexuellen Kinder im Sinne des informed consent in Entscheidungen mit einzogen werden.

Werden die ethischen Grundsätze und Empfehlungen verbindlich beachtet werden?

Es sind keine gesetzlichen Vorschriften, sie müssen nicht einmal gelesen werden. Letztlich geht es bei Ethik um Einsicht; sie ist bisher nicht wirksam zu erkennen. Die AWMF-Leitlinien aus 2010 orientieren sich an Vorstellungen, die vor mehr als 50 Jahren entwickelt wurden, und haben die Ethischen Richtlinien kaum als verbindliche Empfehlungen berücksichtigt.

Die „Ethischen Grundsätze und Empfehlungen“ sollten deshalb in eine gesetzliche Regelung aufgenommen werden.

Fragen zur Indikation

Zu 2.1)

In den Ethischen Grundsätzen und Empfehlungen heißt es z.B.:

„Maßnahmen für die keine zufrieden stellende wissenschaftliche Evidenz vorliegt, sind besonders begründungs- und rechtfertigungspflichtig und bedürfen einer zwingenden medizinischen Indikation.“

Zu fragen ist erstens: Kann die Notwendigkeit für geschlechtsangleichende Operationen mit zufrieden stellender Evidenz belegt werden?

Antwort: Es liegen keine Studien mit zufrieden stellender Evidenz (= Beweis) vor (die unterste Klasse, also „Expertenmeinungen ohne explizite Bewertung der Evidenz“, will man doch wohl nicht gelten lassen?). Sogar im Consensus-Statement der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF-Leitlinien) der Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin von 2007 wird zugegeben,

„dass kontrollierte Studien zu genitalen Korrekturoperationen nicht vorliegen und Untersuchungen zum Outcome unbefriedigend sind. Kontrollierte Studien sollten in Zukunft durchgeführt werden.“

Damit wird ausgesagt, dass erst in entfernter Zukunft evidenzbasierte Daten über das Handeln von heute vorliegen können.

Zu fragen ist zweitens: Liegt eine medizinische Indikation vor bei den zur Diskussion stehenden Eingriffen?

Wenn man Operationen bei Verschlüssen oder Behinderungen im harnableitenden System sowie die Hormonbehandlung beim Salzverlustsyndrom des Adrenogenitalen Syndroms (AGS) ausnimmt, lautet die Antwort: Es liegt weder eine vitale, noch eine medizinische Indikation vor. Genau genommen sind es kosmetische Operationen oder Operationen aus soziokultureller Indikation.

Siehe auch 3.2 und 3.3.

Zu 2.2)

1. Nur Verschlüsse oder Behinderungen im harnableitenden System fallen unter den Begriff zwingende medizinische Indikationen, um operativ die Behinderung oder den Verschluss zu beheben.

2. Das Salzverlustsyndrom beim Adrenogenitalen Syndrom erfordert aus vitaler Indikation eine sofortige Behandlung mit Hormonen. Es besteht aber keine Indikation zu Operationen

In allen anderen Fällen gilt die folgende Empfehlung (Ethische Grundsätze und Empfehlungen):

„Generell muss den Eltern der Aufschub von prognostisch unsicheren Maßnahmen bis zur Entscheidungsreife des Kindes als erste Präferenz dargestellt werden“

„Die Wahrung des Kindeswohls erfolgt nicht automatisch durch die Festlegung auf ein äußerlich und ggf. biologisch eindeutiges Geschlecht“

Zu 2.3)

2.3.1)

Ethische Grundsätze und Empfehlungen:

„Maßnahmen, die irreversible Folgen für die Geschlechtsidentität oder negative Auswirkungen auf Sexualität oder Fortpflanzungsfähigkeit haben können, sind besonders begründungs- und rechtfertigungspflichtig und bedürfen einer zwingenden medizinischen Indikation“

Welche Gründe werden für die genitalangleichenden Operationen gemacht?

Univ.-Prof. Dr. Manfred Götz schreibt in der Internet - Radiodoktor-Infomappe (7. Februar 2011) (an anderen Literaturstellen findet man ähnliche Begründungen):

„Ziele sind ein mit dem zugewiesenen Geschlecht übereinstimmendes Aussehen der Genitalien (‚Ästhetik‘), (hetero)sexuelle Funktion, sprich mögliche Penetrierbarkeit bzw. Penetrierfähigkeit sowie eine ungehinderte Urinentleerung ohne Inkontinenz und häufige Infektionen“.

Die „Behandlung“ von intersexuellen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen wird bisher ausschließlich in den Kreisen der wenigen Mediziner diskutiert, die sich mit den Problemen dieser Menschen befassen. Ihnen geht es vor allem um technische Veränderungen und Methoden, während die grundsätzliche Entscheidung für das operative Vorgehen zwar gelegentlich in Zweifel gezogen wird, aber nicht grundsätzlich abgelehnt wird. Dabei wird auf eine mögliche Diskriminierung durch ein vom üblichen Aussehen abweichendes Genitale hingewiesen.

Bei Säuglingen und Kindern besteht eine besondere Situation. Man meint, dass die Angst der Eltern vor dem – eingebildeten – Gerede in der Familie und in der Nachbarschaft dazu führt, dass das Kind verspottet wird. Es darf erst recht nicht sein, dass die psychische Belastung der Eltern diese sehr aufwändigen chirurgischen Maßnahmen beim Kind rechtfertigen können. Dabei gibt es nicht eine einzige wissenschaftliche soziologische oder psychologische Untersuchung, dass diese Behauptung, diese Unterstellung irgendwie gestützt wird. Gibt es dieses Gerede überhaupt? Die operativ tätigen Mediziner kümmern sich um das von der Norm abweichende Genitale – doch haben nicht alle Menschen, auch Kinder, Kleidung an?

Die Ansichten der Mediziner „dürfen erst recht nicht zum alleinigen Maßstab gemacht werden, wenn es um die – angebliche – Abwehr von Gefahren für das Kind geht, denn sonst hinge es von den Einstellungen und Präferenzen der Gemeinschaft ab, ob minderjährigen Mitgliedern Körperschäden zugefügt werden dürfen“ (Stehr, M., et al., 2008).

Die genitalangleichenden Operationen sind eine ganz eindeutige Körperverletzung nach § 223 oder § 224 oder § 226 StGB, die allerdings bisher durch die Einwilligung der Eltern gedeckt ist. Gilt das auch für die Tatsache, dass es sich um kosmetische Operationen handelt? Die hohe Zahl von Beschwerden über die meist mehrfachen Operationen, deren Folgen oft erst in der Jugend oder bei Erwachsenen ganz bewusst werden, lassen es nicht zu, dass Eltern für ihre Kinder die Einwilligung geben. Die Operationseinwilligung darf nur vom Betroffenen selbst gegeben werden, nicht stellvertretend von den Eltern.

Bisher ist es zwar üblich ist, dass die Eltern die Einwilligung erteilen „Eltern sind nach § 1626 Abs. 2 des BGB verpflichtet, die Meinung des Kindes zu beachten“ (Rothärmel, Frühe Kindheit, H 2, 2009). Dies ist bei Säuglingen und Kindern nicht möglich. Wie es weitergeht, hängt wesentlich von der Einstellung der beratenden Ärzte ab. Die Eltern sind auf Grund der von den Operateuren vorgebrachten „Informationen“ selbst Opfer der Informationen durch die Mediziner. Deshalb muss aber bestritten und in Zukunft verhindert werden, dass bei solchen Operationen, also bei kosmetischen Operationen, die zudem irreversibel sind, die Operationseinwilligung von den Eltern stellvertretend für das Kind vorgenommen werden darf. Ein großer medizinischer Aufwand wird zwischen Eltern und Medizinern verabredet, ohne dass eine externe Kontrolle erfolgt.

Da es zum System des Dr. Money gehört, über den „Makel“ ein tabu-artiges Schweigen zu verhängen, waren es letztlich auch die Mediziner, die es sich selbst verwehrt hatten, später Kontakt mit früheren „Patienten“ aufzunehmen. Sie wussten ja selbst nicht, ob das Verschweigen gebrochen wurde oder eine Aufklärung des Patienten stattgefunden hat. Ich möchte meinen, dass es kaum einen anderen Wissenszweig der Medizin gibt, der so wenig über das eigene nachhaltige Handeln in wissenschaftlichen Untersuchungen berichten kann. Sogar die geschätzte Zahl der Betroffenen ist nur sehr vage angegeben. Es sind nur grobe Schätzungen, die verbreitet werden. Dazu konnte auch die ESPED-Studie, die extra angelegt wurde, um die genaue Zahl für den Zeitraum von 2000 bis 2002 zu erhalten, keine genauen Angaben machen.

2.3.2)

Sind die Gründe gerechtfertigt? Ich meine ganz eindeutig: nein. Dabei möchte ich insbesondere auf die von den Operateuren selbst angeführten hohen Risiken hinweisen.

In der Zeitschrift: Kinder- und Jugendarzt (2008, H 2) schreiben F.G. Riepe und W. Sippel, zum Adrenogenitalen Syndrom (AGS):

„ist es unbestritten, dass bei pränatal virilisierten Mädchen eine korrigierende, femininisierende Operation des äußeren Genitale durchgeführt werden muss.“

„Momentan wird eine frühe, einzeitige Korrektur mit Clitorisreduktionsplastik und Vaginaleingangsplastik im ersten Lebensjahr favorisiert, wobei es erst beschränkte Langzeitergebnisse hierzu gibt.“

Sie erwähnen auch, dass das

„Auftreten von Narben ein gefürchtetes Problem“ ist.

„Dieses sollte unbedingt vermieden werden“.

Wie das möglich ist, wird nicht erwähnt. Das Anlegen einer Vaginaleingangsplastik verlangt anschließend eine „Benutzung“, also das gewaltsame Offenhalten und das Erweitern dieser künstlich angelegten Scheide mit Stäben (dem sog. Bougieren), die im Durchmesser im Laufe der Zeit zunehmen, allein zu dem Zweck, die Scheide bis zum adulten Alter für die Penetration mit dem Penis des Mannes vorzubereiten. Diese Manipulationen werden von den Betroffenen als Gewalt und sexueller Missbrauch empfunden und führen regelmäßig zu schwerer körperlicher und psychischer Traumatisierung.

W. Hoepffner schreibt dagegen (in: Finke und Höhne, Hg., 2008), dass bei

„frühzeitig einzeitiger und vorgeblich endgültiger“ Korrektur

„in einem hohen Prozentsatz Korrekturoperationen erforderlich waren, weil sich Narbenstenosen bildeten“.

Es geht also um technische Einzelheiten, der Erfolg seines Vorgehens wird nur daran gemessen, ob ein Großteil der Frauen Geschlechtsverkehr hatte.

L. Wünsch und L. Wessel (Monatsschrift für Kinderheilkunde, 2008, S. 234-240) erwähnen, dass Zeitpunkt und Ausmaß der plastischen Korrektur Gegenstand heftiger Debatten sind und ein Konsens bislang nicht erzielt wurde. Sie beschreiben Einzelheiten der durchgeführten Operationen, von denen sie sich aber nicht distanzieren, obgleich eine Korrektur

„selten ohne Nachkorrektur im Adoleszentenalter“ gelingt.

„Es wird über sehr unterschiedliche Langzeitergebnisse berichtet, abhängig von der Erfahrung des Operateurs.“ Und:

„Nach der Korrektur kann es zu vielfachen Komplikationen kommen.“ Z.B. zum

„Untergang des sensiblen und erektilen Gewebes.....Die Folge sind Verlust der Sensibilität und Vaginalstenose“.

„Zur Vermeidung letzterer wurden in der Vergangenheit grundsätzlich

Vaginalbougierungen vorgenommen. Diese wurden von den Betroffenen als stark traumatisierend empfunden und führten nicht selten zu ausgeprägten sexuellen Problemen.“

„Die Konsequenz aus den negativen Erfahrungen und den schlechten funktionellen Ergebnissen sollte die umfassende Aufklärung ... über psychosexuelle Folgen der chirurgischen Korrektur sein“.

„Sie stellen jedoch ein wesentliches Behandlungselement dar, ...“. „Trotz vieler ungelöster Probleme sind diese Operationen überwiegend hilfreich“.

Ein Verzicht auf solche Eingriffe zur Normierung des Genitale wird nicht ausgesprochen. Im Gegenteil, man beharrt darauf, dass zur Korrektur des äußeren weiblichen Genitale bestimmte operative Eingriffe „notwendig“ sind.

Auch wenn es „vor allem keinen chirurgischen Notfall“ darstellt. (L. Wunsch, und L. Wessel, s. o.) Es wird lediglich erwähnt, dass über eine Verlagerung des Zeitpunktes in die Adoleszenz diskutiert wird.

H.A.G. Bosinski: (Urologe, 2006, 981-991) sagt zum Bild des Adrenogenitalen Syndroms:

„Bedenkt man die hochkomplexe nervale Versorgung und die Kompliziertheit des erektilen Gewebes der Klitoris, so bleibt jeder operative Eingriff dort mit einem Risiko für die spätere sexuelle Erlebnisfähigkeit behaftet. Zurückhaltung ist also angezeigt, zumal, wenn man bedenkt, dass der Einfluss der Klitorisgröße auf das geschlechtliche Selbstbild des Kindes unbekannt ist.“

„Viele Patienten beklagen, dass die oft nach früheren Eingriffen geforderten Bougierungen als schmerzhaft, entwürdigend und unnötig empfunden werden.“

Im weiteren Verlauf diskutiert er Vor- und Nachteile verschiedener Operationstechniken, aber eine grundsätzliche Ablehnung von Operationen wird von ihm nicht ausgesprochen.

Im Lehrbuch „Sexualmedizin“ (K. M. Beier, H. Bosinski, K. Loewit: 2. völlig erneuerte Aufl., 2005) heißt es ebenfalls zum Adrenogenitalen Syndrom (AGS), in dem es vorwiegend um die Vor- und Nachteile der Operationstechniken geht.

„Die bislang üblichen, teilweise massiven und zumeist auch wiederholten Eingriffe blieben nicht ohne Auswirkung auf die psychosexuelle Erlebnisfähigkeit: Alle Untersuchungen hierzu berichten durchgehend über.... geringere sexuelle Erlebnisfähigkeit bei AGS-Patienten, wobei dies mit dem Umfang der genitalkorrigierenden Eingriffe ... zusammenzuhängen scheint.“

„Bedenkt man die hochkomplexe nervale Versorgung und die Kompliziertheit des erektilen Gewebes der Klitoris, so bleibt jeder operative Eingriff dort mit einem Risiko für die spätere Erlebnisfähigkeit behaftet, das noch größer ist als jenes bei operativer ‚Korrektur‘ eingriffen am Schwellkörper des Penis.“

Im neuesten Lehrbuch (2008) zur Intersexualität (Finke und Höhne, Hg., Intersexualität bei Kindern) schreibt H. F. L. Meyer-Bahlburg,

„Gegen solche Operationen spricht, dass sie die Beeinträchtigung der erotischen Sensivität und der Orgasmusfähigkeit und damit der sexuellen Zufriedenheit und Lebensqualität riskieren.“

Text aus dem ARTE-Film (4.10.10): Prof. Pierre Mouriquand, Chirurg:

„Die Frage, die Sie stellen, lautet: Kann die Chirurgie garantieren, dass die Empfindsamkeit der Klitoris oder des Penis nicht beeinträchtigt wird? Die Antwort ist sicherlich nein, das kann sie nicht. Wir haben unsere Techniken in den letzten Jahren weiterentwickelt und das lässt uns hoffen, aber es wäre Augenwischerei, den Eltern zu versichern, dass sich bei einer Klitorisreduktion die Empfindsamkeit nicht verändern würde. Das kann keiner“.

Wegen der Häufigkeit der für notwendig erachteten Operationen möchte ich den Endokrinologen Univ.-Prof. Dr. Manfred Götz zitieren (Internet - Radiodoktor-Infomappe (7. Februar 2011, http://oe1.orf.at/static/pdf/Intersexualit__t_i_2011.pdf):

„In der Diskussion um Behandlungsstandards von Personen mit Intersexualität wird zumeist von ‚der‘ Operation gesprochen, wodurch man den Eindruck bekommen könnte, dass Personen nur ein einziges Mal operiert würden.

Obwohl im Bereich der Operationsstandards in den letzten Jahren und Jahrzehnten viele Fortschritte gemacht wurden, enthüllen Statistiken, dass bis auf Personen mit kompletter Androgenresistenz alle Betroffenen mit anderen Formen im Genitalbereich oft mehrfach operiert wurden“.

Auch im Netzwerk Intersexualität wird über die Zahl der Operationen bei verschiedenen DSD-Gruppen berichtet.

Die Operationen sind mit hohem Risiko behaftet und haben deshalb Experimentalcharakter. Gerade in den Schleimhäuten im Genitalbereich enden so viele sensible Nerven wie in kaum einem anderen Körperteil. Schnitte oder Narben können hier die sexuellen Empfindungen sehr stark stören. Bei der Operation ist das nicht vorherzusehen. Bei Operationen im Kindesalter ist das oft erst viele Jahre später, nach der Pubertät oder bei Erwachsenen, zu erkennen. Also dann, wenn der Operateur zum Operierten kein Beziehung mehr hat.

2.3.4)

Ethische Grundsätze und Empfehlungen:

„Die Erziehung in einem sozialen Geschlecht ohne entsprechende operative ästhetische Korrekturen erhält dem Kind zudem die Option auf einen evtl. notwendigen späteren Wechsel der Geschlechtsidentität.“

(M. Jürgensen; O. Hiort; U. Thyen: Kinder und Jugendliche mit Störungen der Geschlechtsentwicklung: Psychosexuelle und -soziale Entwicklung und Herausforderungen bei der Versorgung. Monatsschrift Kinderheilkunde, Vol. 156, Nr. 3, March 2008, S. 226-233).

„Auch aus der Literatur ist bekannt, dass sich ein überdurchschnittlich hoher Prozentsatz von Menschen mit DSD im Lauf der Pubertät oder im Erwachsenenalter entschließt, das ihnen zugewiesene soziale Geschlecht zu wechseln.“

Auch dazu schreibt H. F. L. Meyer-Bahlburg, der ein Befürworter von geschlechtsangleichenden Operationen ist:

„Unglücklicherweise ist jedoch ein späterer Geschlechtswechsel, der ja bei Intersexuellen gehäuft vorkommt, erschwert, wenn die ursprüngliche Geschlechtszuweisung mit einer geschlechtsbestätigenden Operation verbunden war.“

In einer Stellungnahme im Deutschen Ärzteblatt (O. Hiort, P-M. Holterhus, G. Sinnecker, K. Kruse: Androgenresistenzsyndrome. 96 (27), 1999) sagen maßgebende pädiatrische Endokrinologen,

„...in unserem Kulturkreis ist eine eindeutige Geschlechtszuordnung aus rechtlichen, soziologischen und psychologischen Gründen unbedingt vonnöten. Daher sollte hier eine Korrekturoperation des äußeren Genitales so frühzeitig erfolgen, dass sich das Kind im Rahmen seiner Entwicklung eindeutig einem Geschlecht und dessen Erlebnisfähigkeit zuordnen kann“.

Weiter heißt es,

„dass wir bisher bei Patienten über keine kontrollierten Untersuchungen zum weiteren ... operativen Management und sexueller Rollenidentität verfügen.“

Im ARTE-Film (4.10.10) fragt die Sprecherin:

„Die Frage bleibt: Wenn nur selten eine medizinische Notwendigkeit vorliegt, warum werden Kinder überhaupt operiert?“

Antwort Prof. Olaf Hiort:

„Und dann fragen Eltern schon danach, ob chirurgische Massnahmen ergriffen werden müssen. Wie sich jemand später in seinem Geschlecht fühlen wird, ist im Allgemeinen schwierig vorherzusagen, das muss man einfach gestehen.“

Genitalangleichende Operationen sollen also vorgenommen werden, das heißt, die Säuglinge und Kinder sollen operiert werden, ohne dass bis dahin wissenschaftliche Studien existierten, welche Geschlechtsidentität sich bei dem betreffenden Individuum auf Grund der jeweiligen biologischen Konstellationen später ausbilden werden. Auch die Frage nach der sich entwickelnden Geschlechtsidentität taucht nicht auf. Die Selbstbestimmung wird ignoriert

Die Häufigkeit eines späteren Wechsels in ein anderes als das ursprünglich zugewiesene Geschlecht ist keine seltene Ausnahme, sie beträgt mit größerer Variation – je nach Sorgfalt der ersten Geschlechtszuweisung – bis zu 24 Prozent der von Preves untersuchten Fälle (Sharon. E. Preves), in den „Netzwerken Intersex“ waren es 9 Prozent. Die Entscheidung zu diesem Schritt ist immer eine sehr schwere soziale Belastung.

Zu 2.4)

2.4.1)

Trägt die Chirurgie zur „Vereindeutigung“ des Genitale, tragen „genitalkorrigierende Operationen“ zum Wohl des Kindes bei? Handelt es sich um einen Heileingriff? (Dies betrifft § 1627 BGB.)

Es handelt sich nicht um einen Heileingriff. Eine chirurgische Heilbehandlung ist in keinem Fall erforderlich – abgesehen von den genannten Ausnahmen – und auch nicht möglich, weil keine zwingende Kausalität zwischen Genitalaussehen und Geschlechts-Identität vorliegt.

Es sind kosmetische Operationen.

2.4.2)

Ethische Grundsätze und Empfehlungen:

„Die Verfügung über Organe oder Strukturen, die für die körperliche Integrität oder Geschlechtsidentität wichtig sind (z.B. Keimdrüsen), sollte in der Regel dem Betroffenen selbst überlassen bleiben“.

Die Entfernung der Keimdrüsen wurde bislang zugelassen, wenn eine strenge medizinische Indikation behauptet und im Zusammenhang mit einer angeblichen Heilbehandlung erfolgte (§ 1631 BGB). Betroffene beklagen, dass in vielen Fällen dagegen verstoßen wurde, oft wurden nicht einmal sie selbst über diesen Eingriff informiert. Da es sich bei der „Vereindeutigung“ des Genitale nicht um eine Heilbehandlung handelt, ist eine Entfernung der Keimdrüsen ohne Zustimmung der Betroffenen selbst nicht zulässig.

Die Entfernung der Keimdrüsen wurde bislang häufig schon im Kindesalter vorgenommen, wenn das angestrebte Geschlecht mit den vorhandenen Keimdrüsen nicht zusammen passte; aber auch aus „präventiven“ Gründen, also wegen einer eventuell möglichen(!) späteren(!) Entartung, oft ohne genaue Kalkulation eines Entartungsrisikos, das heißt des Zeitraumes, in dem sich ein Tumor ausbildet.

Es ist eine Kastration, für die ein eigenes Strafrecht gilt, das aber durch die Behauptung eines „Heileingriffs“ ausgehebelt wird.

Es ist aber auch an die Möglichkeit einer bösartigen Entartung der Gonaden zu denken. In den AWMF-Leitlinien zu DSD (2007) heißt es: „Die Literaturangaben zum definitiven Risiko einer Entwicklung gonadaler Tumore sind dürftig.“

Das Risiko einer malignen Entartung der Keimdrüsen im Kindesalter muss für jeden Einzelfall genau kalkuliert werden und – auf neueste Statistiken gestützt – abgewogen werden. Wenn 89 Prozent der Erwachsenen operiert worden sind (Netzwerk Intersexualität, 2008, S. 16) müssen sich die Angaben über eine maligne Entartung auf die wenigen Nichtoperierten stützen, wobei dieses Risiko für die jeweiligen ICD 10 Fälle ganz unterschiedlich verteilt sind. Die diagnostischen Aufwendungen, um das Entartungsrisiko rechtzeitig zu erfassen, sind in manchen Fällen schwierig. Aber kann bei einem Risiko von z. B. 0,8 Prozent bei kompletter Androgenresistenz (CAIS) oder 15 Prozent bei partieller Androgenresistenz (PAIS) (Martine Cools et al, 2006, als Zitat übernommen) allen Trägern des Risikos eine prophylaktische Entfernung der Gonaden angeraten werden? Man möge das Vorgehen bei sehr unterschiedlichen ICD 10 Diagnosen mit der vergleichbaren Situation bei Vorliegen einer genetischen Belastung von jungen Mädchen bei Mamma-Carcinom vergleichen.

Das Risiko einer Entartung soll nicht geleugnet werden, aber hier muss grundlegend neu nachgedacht werden.

Zu 2.5)

Die betroffenen Kinder und deren Eltern sind einmal abhängig von Informationen der Mediziner und andererseits eingebunden in das Verschweigen der als peinlich offerierten und empfundenen „Krankheit“. Z. B. werden die Kinder oft „versteckt“, das heißt, die Windeln wurden nie vor anderen gewechselt. Dies hat Folgen. Da dieses Verhalten „von Angst und Sorge getragen war, spürten Kinder dies, denn sie haben besondere Antennen für gut gemeinte Lügen und gut gemeinten Betrug. In Unwissenheit der wahren Gründe malten sie sich in ihrer Phantasie die schrecklichsten Geschichten aus.“ (Aussagen einer Mutter (initiative.ch/index.php?id=29)). Ganz entscheidend ist, dass das ganze Vorgehen mit tabuartigem Schweigen, sogar innerhalb der eigenen Familie, belegt wurde. Noch immer gibt es Jugendliche, die über ihre Situation nicht aufgeklärt sind (Netzwerk Intersex).

Ethische Grundsätze und Empfehlungen:

„Das therapeutische Team muss die Eltern von Anfang an und umfassend in die Entscheidungsfindung und Therapieplanung einbeziehen und sich davon überzeugen, dass sie die geplanten Maßnahmen, deren Bedeutung und Tragweite verstanden haben. Rechtlich steht letztlich den Eltern die Entscheidung zu.“

„Im Zweifelsfall hat die psychische und soziale Unterstützung des Kindes und seiner Eltern einen höheren Wert als die Herstellung einer biologischen Normalität.“

„Eine therapeutische Haltung der Offenheit und Akzeptanz ist gefordert. Sie hat nachhaltigen Einfluss auf die Entwicklung einer guten Eltern-Kind-Beziehung, ein weiteres wesentliches therapeutisches Ziel. Das familiäre Umfeld, der kulturelle Kontext und die Wertpräferenzen der betroffenen Familie müssen dabei berücksichtigt werden. Die Kompetenz der Eltern zur Bewältigung von Konflikten muss besonders gefördert werden.“

„Die Partizipationsrechte des Kindes sind so früh wie möglich zu berücksichtigen. Ein Vetorecht kann dem Kind bereits im Kleinkindalter zustehen, wenn eine Maßnahme im Hinblick auf die Gesundheit des Kindes nicht dringlich und der Wille des Kindes erkennbar gegen sie gerichtet ist.“

„Mit zunehmendem Alter des Kindes sollte dessen Meinung neben jener der Eltern im wachsenden Maß erfragt und berücksichtigt werden. Das Recht auf alleinige Einwilligung in einen Heileingriff steht einem Jugendlichen in der Regel schon mit Erreichen des 14. Lebensjahres zu.“

Im System, das auf Dr. Money zurückgeht, wurde über den „Makel“, über die „Krankheit“ des Kindes ein tabu-artiges Verschweigen auferlegt. Wenn die Eltern später, nach vielen Jahren dann, wenn ihr Kind sich selbst als intersexuelle/en Jugendliche/en entdeckt oder wenn die Eltern von den lang zurückliegenden Operationen reden, ist das ein sehr schwerer Verstoß innerhalb eines vertrauensvollen Elternhaus. Das Aufdecken einer Lüge, die das eigene Selbstbild betrifft, ist von ganz erheblichem Ausmaß. Es wirkt oft wie eine Katastrophe. Das Vertrauen in die Eltern wird schwerwiegend und nachhaltig gestört. H. Richter-Appelt hat gefunden, dass Bindungsstörungen deutlich häufiger vorkommen als in einer Vergleichspopulation.

Im Gegensatz dazu habe ich selbst Eltern kennengelernt, die es nicht fertig brachten, das Kind in einer so lebenswichtigen Frage zu belügen, und Operationen nicht genehmigt haben.

Dieses Belügen belastet die Eltern-Kind-Bindung in erhöhtem Ausmaß. Es ist eine Ausrede, wenn Mediziner auf die in den Richtlinien geforderten offene Aussprache mit Kindern verweisen. Die Kinder sind im Säuglingsalter oder Kleinkindalter von 1 bis 2 Jahren zu klein, um den Sinn oder Unsinn der Operationen zu verstehen. Später sprechen die Betroffenen häufig von „Zwangsoperationen“, ein harter Vorwurf gegen die Eltern.

In mündlichen Gesprächen mit Mediziner*innen aus den endokrinologisch-chirurgischen Einrichtungen wird gesagt, dass wir es jetzt doch ganz anders machen. Ist das wirklich so?

Die Selbsthilfegruppen, die zur Beratung aufgerufen werden, berichten dass sie nur extrem selten in Kontakt mit den Eltern kommen.

- Der Gruppe „Selbsthilfe Intersexualität“ der Schweiz, der einzigen Selbsthilfegruppe der deutschsprachigen Schweiz, wurde in den letzten fünf Jahren nur ein einziges Kind aus den deutschsprachigen Kliniken zur Beratung zugewiesen. (Bei ca. 80 000 Geburten pro

Jahr und etwa 1 auf 2000 Kindern mit uneindeutigem Genitale – manche Kinder werden erst später, bei der Pubertät auffällig – hätte man wenigstens ca. 15 Kinder pro Jahr zur Beratung schicken können).

- Für die Selbsthilfegruppe „Intersexuelle Menschen e.V.“ in Deutschland wurden in den letzten Jahren nur sehr wenige Kinder mit unklarem Genitale zur Beratung aus den deutschen Kliniken zugewiesen (bei ca. 680 000 Geburten pro Jahr wären es grob geschätzt wenigstens 130 Kinder, die man jährlich zur Beratung hätte schicken können – diese Schätzungen sind eher unterschätzt).

Wenn eine offene Beratung durch manche Klinikchefs betont wird, ist offenbar nur ein eingespieltes, an Operationen interessiertes Team beteiligt, und nicht unabhängige Berater.

Hier möchte ich noch einen Wunsch zum Vorgehen der Ärzte anbringen: Es ist natürlich richtig, wenn nach der Geburt ein Kinderarzt sich die Kinder genau untersucht. Wenn er aber eine lebensbedrohliche Erkrankung ausgeschlossen hat, sollte er zurücktreten. Schon die Anwesenheit der Ärzte wird den Wunsch der Eltern verstärken, den Arzt um Hilfe anzuflehen. Wer sich an Mediziner wendet, wird selbstverständlich ins System von Krankheiten verwiesen, diese werden den Eltern Operationen als Hilfe anbieten – der finanzielle Vorteil für die Klinik ist selbstverständlich auch in Betracht zu ziehen.

Die Eltern sollten vielmehr mit solchen Mitmenschen in Kontakt treten, die ihnen sagen, zu allererst den neuen Menschen in den Arm zu nehmen und ihm Liebe zu geben, die Beziehung von Kind und Eltern zu fördern. Ein neugeborenes Kind darf nicht sofort nach der Geburt unter Kategorien wie „normal oder nicht normal“ und „Glück oder Unglück“ eingestuft werden.

Die Mediziner sollten sich danach zurückziehen, es ist sogar besser, wenn es keine Ärzte sind, die doch nur ihre Lösung aus ihrem Denksystem anbieten. Dann ist auch der Kontakt zu Selbsthilfegruppen für die Eltern herzustellen.

Der o. a. Satz „Rechtlich steht letztlich den Eltern die Entscheidung zu.“ ist mit dem geltenden Recht gedeckt. Hier möchte ich Einspruch einlegen und auf den Zusammenhang meiner Ausführungen verweisen.

Die hohe Zahl von Beschwerden über die meist mehrfachen Operationen, deren Folgen oft erst in der Jugend oder bei Erwachsenen ganz bewusst werden, lassen es nicht zu, dass Eltern für ihre Kinder die Einwilligung geben. Das meint, dass die Angst der Eltern vor dem – eingebildeten – Gerede in der Familie und in der Nachbarschaft nicht dazu führen darf, dass ein so traumatischer Eingriff, eine Körperverletzung, von den Eltern sanktioniert wird.

Fragen zur Lebensqualität

Zu 3.1)

3.1.1)

Eine große Zahl von hohen Risiken und den damit verbundenen körperlichen und psychischen Folgen sind in den Ergebnissen der Hamburger Studien (H. Richter-Appelt und Mitarbeiter) und des „Netzwerkes Intersexualität“ zu finden. Eine aufschlussreiche Darstellung findet sich in einer Arbeit über die Resultate der deutschen Klinischen Ergebnisstudie (B. Köhler u. a., 2011)

Deswegen dürfen die chirurgischen Genital-Operationen an Säuglingen und kleinen Kindern nicht akzeptiert werden. Es ist durchaus möglich, dass es Erwachsene gibt, die mit den Ergebnissen ihrer chirurgischen Maßnahmen zufrieden sind. Mein Einwand richtet sich aber dagegen, dass genitalangleichende Operationen bei Säuglingen und Kindern durchgeführt werden.

Die aufwendig finanzierte Studie „Netzwerk Intersex“ ist auch wegen der hohen Zahl an erfassten intersexuellen Menschen anzuerkennen. Wenn man aber davon ausgeht, dass nach über fünfzigjähriger Verfahrensweise und einem geschätzten Vorkommen von 1 Person auf 2000 Geburten, ist die erfasste Zahl doch sehr klein. Mit grober Schätzung konnten nur wenige Prozent der Betroffenen in allen Altersgruppen befragt werden. Dieser Zweig der Wissenschaft ist selbst ein Opfer des zum System gehörigen Verschweigens.

Hinzu kommt ein weiterer Punkt: Viele Betroffene wissen gar nicht, dass sie unter den Oberbegriff Intersexualität fallen. Vielleicht haben sie irgendwann den Namen bzw. die Nummer aus der ICD 10 gehört – der Begriff Intersexualität wird dort nicht erwähnt. Viele wissen nur, dass ihre Genitalien nicht in Ordnung sind (z. B. Probleme an der Vagina oder ein zu kleiner Penis), dass sie keine Kinder bekommen können oder dass sie Hormone bekommen müssen. Ich kenne Erwachsene, die erst mit über 40 Jahren erfahren haben, dass sie zu diesem Kreis gehören, aber dann, nach guter Aufklärung, ihr Selbstbildnis sich sogar besserte.

In den Hamburger Studien an 78 Erwachsene mit einer Intersex-Diagnose von K. Schweizer und H. Richter-Appelt (2009) gibt ein großer Teil an, die Behandlung negativ erlebt zu haben. Weit über die Hälfte der Teilnehmenden (62 Prozent) zeigten klinisch relevanten Leidensdruck; 47 Prozent hatte Suizidgedanken; 13,5 Prozent berichteten über zurückliegende Selbstverletzungen. Ein großer Teil gibt eine asexuelle Orientierung an, welche auf traumatisierende Operations- und Behandlungserfahrungen zurückgeführt werden, durch die die intersexuellen Menschen jedes sexuelle Interesse und die Fähigkeit sich zu verlieben verloren haben. Ebenfalls ist die Eltern-Kind-Beziehung hohen Bindungs-Belastungen ausgesetzt. (Richter-Appelt, H., Schimmelman BG., Tiefensee J., 2004). Auf Grund ihrer Untersuchungen kommen sie zu dem Ergebnis, dass die intersexuellen Menschen in der psychologischen Literatur als Gruppe mit „high psychological needs“ wahrgenommen werden sollten. (Schweizer und

Richter-Appelt, 2009). Wenn in der klassischen Psychoanalyse angenommen wird, dass psychisches Erleben, insbesondere Geschlechtererleben und Geschlechtsidentität, entscheidend von der körperlichen und geschlechtlichen Anatomie geprägt sind, dann sind auch der Verlust körperlicher Integrität durch medizinische Körpermanipulationen zu analysieren und zu berücksichtigen, sagen Schweizer und Richter-Appelt (2009).

In der ersten größeren Studie (439 Teilnehmer) an Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit „DSD“ (Netzwerk Intersexualität: Erste Ergebnisse der klinischen Evaluationsstudie, 2008, Lübecker Studie) ergab sich eine sehr hohe Unzufriedenheit der Betroffenen mit den operativen und hormonellen Eingriffen. Vor allem Erwachsene waren mit den massiven psychischen und physischen Folgen der genitalen Operationen sehr unzufrieden. Bei 25 Prozent aller operierten Studienteilnehmer kam es zu Komplikationen. 28 Prozent aller Erwachsenen beklagten, dass es für sie schwierig ist, eine spezialisierte Behandlung der nachfolgenden Probleme zu finden.

Bei den untersuchten Erwachsenen haben 45 Prozent in der psychischen Gesundheit deutlich schlechtere Werte als eine Vergleichsgruppe. Dazu müssen von den primär angesprochenen Betroffenen noch 23 Prozent berücksichtigt werden, die die Teilnahme auch aus psychischen Gründen absagten. Die Erwachsenen berichten über eine Vielzahl von Problemen im Zusammenhang mit der Sexualität (40 Prozent leiden an sexueller Lustlosigkeit, 30 Prozent haben Probleme, sexuelle Kontakte herzustellen, und manche andere Probleme). 2/3 der Erwachsenen sehen dabei einen Zusammenhang zu den chirurgischen Maßnahmen, die bei 89 Prozent durchgeführt wurden.

Bei Jugendlichen werden im Bereich Psyche deutliche Beeinträchtigungen gefunden. Die Lübecker Forscher geben an, dass einige (keine Zahlangabe) „auf Grund der durchgeführten Operationen nicht sexuell erregt werden, bei anderen ist die Scheide zu kurz oder zu lang, oder der Penis sehr klein“. „Die Jugendlichen halten Sexualität für ein wichtiges Thema und denken, dass es sich dabei um etwas Schönes handelt“. Genau hier liegt das entscheidende Problem: Für die Jugendlichen existieren keine spezifischen Fragebögen zur Sexualität, so dass standardisierte Fragebögen vorgelegt wurden, die nicht für Menschen mit DSD entwickelt wurden. Zur Erfassung der psychischen Gesundheit wurden die Fragen von den Eltern beantwortet (S. 23 des Berichts). Um Antworten zu sexuellen Erlebnissen bei Jugendlichen, die am Genital operiert worden sind, zu bekommen, bedarf es sehr individueller, sogar tiefenpsychologischer Befragungen der Jugendlichen, die im Lübecker Forschungsrahmen nicht eingeplant waren. Insofern müssen Aussagen zur „Lebensqualität“ oder „zum Wohlbefinden“ auch diese Seite berücksichtigen. Auf Grund der durchgeführten Operationen werden aber die Erlebnisse oft erst später, im Erwachsenenalter, als schweres Trauma empfunden.

Es wurde gefunden, dass 3/4 der Jugendlichen (13 bis 16 Jahre) keinen festen Freund haben. Über 75 Prozent hatten kein Petting, während bei Menschen ohne DSD 40 Prozent der Mädchen und 33 Prozent der Jungen Erfahrung im Petting hatten. Über 90 Prozent der Jugendlichen mit

DSD – 91 Prozent waren operiert – hatten keinen Geschlechtsverkehr, während bei 12 bis 17 Jahre alten Jugendlichen ohne DSD 60 Prozent der Mädchen und 40 Prozent der Jungen Erfahrung mit Genitalpetting hatten. Es zeigt sich also, dass in ganz wesentlichen psychischen Bereichen deutlich erkennbare Abweichungen vorliegen. Wer Aussagen „zum Wohlbefinden oder zur Lebensqualität“ der Jugendlichen mit DSD machen will, muss diese deutlichen Beeinträchtigungen der Psyche unbedingt mit berücksichtigen.

3.1.2)

In den Foren der Betroffenen kann man lesen, dass viele sich als Opfer von Verstümmelungen sehen. Sie erleben ihre Gefühle, Wut und Hass, sowie traumatische Erlebnisse noch Jahrzehnte lang und sehr intensiv immer wieder. Mir wurde folgendes gesagt: „So wie ein Folteropfer sein Leben lang zusammen zucken wird, wenn er eine Uniform sieht, so geht es Zwittern mit Mediziner*innen. Sie sehen sich durch mehrfache Operationen um ihre Identität gebracht“. In der Studie von Sharon E. Preves, in der 37 intersexuelle Menschen im Erwachsenenalter in den USA befragt wurden, fühlten sich fast alle Interviewten erniedrigt durch die vielen Untersuchungen und Zwangsbehandlungen, denen sie sich unterziehen mussten, sie kamen sich vor wie Monster oder Freaks.

Zu verweisen ist hier auf die Ausführungen im Deutschen Ärzteblatt (Häuser, W. et al sowie Renschmidt, H: DÄ 108, H 17, 2011: Misshandlungsfolgen: seelische Belastungen und Spuren im Gehirn). Danach sind emotionale, psychische Misshandlungen von Kindern ebenso wie körperliche keineswegs harmlos. Sie hinterlassen bleibende Spuren im Gehirn, die lange, bis ins Erwachsenenalter anhalten. Intersexuelle Menschen werden nicht ausdrücklich erwähnt, aber sie sind analog zu beurteilen

3.1.3)

Diese Operationen erfordern einen großen Aufwand und richten – wie sich im späteren Leben zeigt –, einen auch von Sozialgerichten anerkannten Schaden an: die Ämter für Soziale Angelegenheiten beurteilen z. B. bei sog XY-Frauen, die operiert worden sind, einen „Grad der Behinderung an der Teilhabe am Leben“ (GdB) regelmäßig mit einem Grad von über 80 Prozent. Es wird also eine Schwerbehinderung auf Grund der Folgen und der verursachten Schäden der medizinischen Interventionen festgestellt (wenn ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 Prozent festgestellt wurde, bekommt man den Schwerbehindertenstatus).

3.1.4)

Diese Ergebnisse widersprechen ganz eindeutig der optimistischen Ansicht der operativ tätigen Ärzte, die selbst nicht auf qualifizierte, evidenzbasierte wissenschaftliche Studien verweisen können, um ihr Vorgehen zu stützen. Auch für die – hier grundsätzlich bei Kindern abgelehnten

– operativen Eingriffe selbst werden keine verbindlichen Standards und keine Qualitätskontrollen genannt.

Die „Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland“ (ESPED) der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin ist den unzureichenden Daten über die Inzidenz und Prävalenz von Intersexualität bei Neugeborenen nachgegangen (das betraf die Jahre 2000 bis 2002). Das Ergebnis war unbefriedigend. Diese Einrichtung musste auch erkennen, dass sich bei späterer Nachfrage „sehr häufig keine Erkenntnis über die weitere Diagnostik und Entwicklung des Kindes vorliegt (lost to follow-up)“.

Zu 3.2)

Die bisherigen Ausführungen betrafen vorwiegend die körperlichen Symptome der Intersexualität.

Einen anderen (ich meine sehr wichtigen) gedanklichen Ansatz wählte Prof. Claudia Wiesemann (Abt. für Ethik und Geschichte der Medizin, Uni Göttingen) auf einer Tagung der ev. Akademie Tutzing im April 2006. Beim Thema „intersexuelle Kinder“ fragte sie nach den Gründen, Intersexualität als Krankheit einzuordnen. Ist es gerecht, dieses Problem als Krankheit zu individualisieren? Welche Gründe gibt es dafür? Medizinische? Wirtschaftliche?

Warum akzeptieren wir es nicht als soziales Problem?

Sharon E. Preves fragt nicht, sondern für sie ist es eine Tatsache, dass Intersexualität ein soziales und kein medizinisches Problem ist. Man kann antworten: weil die Definitionsmacht von der Medizin behauptet wird. Die Rechtsprechung folgt deren Gutachten und Stellungnahmen. Tatsächlich bestehen Probleme auf soziokultureller Ebene und weniger im biologischen, medizinischen Bereich. Auch wenn die Medizin den Begriff Intersex vermeidet und differenzierte einzelne Diagnosen nennt, von Syndromen spricht oder von Störung der Geschlechtsentwicklung, Disorders of Sex Development (DSD), ist das grundsätzliche Vorgehen von medizinischen Normvorstellungen dominiert, die Männer und Frauen nach der dichotomen/binären Gedankenkonstruktion ordnen.

Auch C. Lang (Intersexualität, 2006, S. 119) beschreibt ausführlich, dass ein psychosoziales Problem medizinisch durch Operationen und Hormongaben gelöst werden soll.

Die Annahme, dass intersexuelle Menschen von einer Gemeinschaft nicht akzeptiert werden, mag bei oberflächlicher Betrachtung stimmen, wurde aber bisher nie wissenschaftlich erfasst.

Dies stünde auch nicht in der Fachkompetenz der Ärzte, die Operationen an Säuglingen und Kindern propagieren und noch immer ihre Vorstellungen auf die Gedankenkonstruktionen von Money zurückführen. Wissenschaftliche Kompetenz kommt ihnen bei diesem Problem nicht zu, da es sich um soziokulturelle, gesellschaftliche Fragen handelt. Bisher gibt es keine evaluierte

(bewiesene) Studie, die die allgemeine Öffentlichkeit nach der Akzeptanz von Zwittern befragt hat.

Gesetzgebung und Rechtsprechung sollten für solche sozialpsychologischen Fragen nicht Ärzte vor allem z.B. Sozialwissenschaftler, Kulturwissenschaftler und Psychologen/Psychotherapeuten – bisher haben sich nur sehr wenige diesem Thema zugewendet – als Gutachter heranziehen, die sich selbstverständlich auf evaluierte Forschungsergebnisse in Längsschnittstudien stützen müssen, falls sie schon vorhanden sind. Insofern sind auch die Erfahrungen der Selbsthilfegruppen hilfreich.

Ärzte haben nicht zuletzt durch vielfältige Empfehlungen, die Tatsache eines nicht eindeutigen Genitale zu verschweigen, zu einer sozialen Ausgrenzung beigetragen. Erst in jüngster Zeit mahnen die Ethischen Empfehlungen eine Änderung an.

„Im Zweifelsfall hat die psychische und soziale Unterstützung des Kindes und seiner Eltern einen höheren Wert als die Herstellung einer biologischen Normalität“ (Ethische Grundsätze und Empfehlungen).

Zu 3.3)

Wie kommt der Einzelne klar im Zwiespalt der eigenen Entscheidung und den sozialen Zwängen einer intoleranten Umwelt?

Die Ansicht der Gesellschaft zu diesen Themen ändert sich. Wie weit sich die Ansichten bereits geändert haben, ist aber weitgehend unbekannt, weil nicht untersucht. Bisher gibt es keine soziologische Studie über Akzeptanz oder Abweisung von Individuen mit uneindeutigem Genitale im täglichen Leben. Es gibt aber immer wieder Berichte, dass Verwandte, Nachbarn und Mitschüler toleranter sind als von medizinischer Seite üblicherweise unterstellt wird. Vor allem, wenn die Betroffenen und die Familie umfassend aufgeklärt sind. Eine ganze Reihe von intersexuellen Personen haben berichtet, dass ihr Coming-out ohne Probleme akzeptiert wurde, dass in ihrem Freundeskreis sogar erst dann ein vielleicht etwas atypisches Verhalten verstanden wurde. Eltern machen eher selten schlechte Erfahrungen, wenn sie andere über die Situation ihres Kindes informieren. In der Lübecker Studie gaben über 60 Prozent an, dass sich ihr Verhältnis zu den von ihnen informierten Personen nicht verändert hat. Nur 6 von über 100 Erwachsenen erlebten einen Abbruch der Beziehungen. Die Jugendlichen selbst möchten allerdings in der Regel nicht über sich selbst reden (Netzwerk Intersex: Erste Ergebnisse, 2008). Nach den Erfahrungen des Psychotherapeuten Werner-Rosen akzeptieren Eltern und Umwelt in Einzelfällen die Nichtfestlegung des Geschlechts bei der Geburt schon jetzt (Tagesspiegel, 2.4.2008).

Selbstverständlich sollte auch die Allgemeinheit darüber informiert sein, dass es wie auf vielen anderen Feldern des Zusammenlebens auch im Bereiche des Körperbaus und der Geschlechtsidentität Varianten gibt.

Es ist zu hoffen, dass die „Grauzone“ zwischen den Geschlechtern als Variante des Normalen akzeptiert wird. Vorurteile müssen abgebaut werden. In der Situation von Kindern in pädagogischen Einrichtungen muss eine soziale Ausgrenzung verhindert werden. Auch die Betreuungseinrichtungen und Schulen sind nur sehr schlecht über ein häufiges Vorkommen unterrichtet. Auch in der Öffentlichkeit hat das verordnete tabu-artige Verschweigen gewirkt. Die Aufgabe besteht darin, dem Kind in der jeweiligen Gesellschaft genügend Selbstbewusstsein mitzugeben, damit es sich so akzeptiert, wie es ist. Ich erwarte, dass dies möglich ist.

Es ist zu vermuten, dass bei einer verbesserten Aufklärung, auch schon bei Jugendlichen, und durch eine zunehmende Akzeptanz des Wissens von Varianten der Geschlechtsidentität und von Varianten im äußeren Erscheinungsbild, eine mögliche Intoleranz durch unbegründete Vorurteile schwindet.

Das Heraustreten von einzelnen Menschen, die sich zu ihrem eigenen Status bekennen und sich selbst als Zwitter oder Hermaphroditen bezeichnen, hat dazu beigetragen, die Betrachtung über intersexuelle Menschen zu ändern. Gerade sie haben dazu beigetragen, auf die großen Schwierigkeiten dieser Gruppe hinzuweisen und so auf die Diskriminierung vieler Menschen hingewiesen zu haben. Gelegentlich habe ich auf Konferenzen gehört, dass sie als „einzelne aggressive Typen“, als „Intersex-Aktivisten“ bezeichnen werden, weil sie immer wieder auf die vielfältigen Probleme hinweisen. Durch ihre persönlich erlebten psychischen Störungen ziehen sich allerdings die meisten intersexuellen Menschen aus der Öffentlichkeit weitgehend zurück, so dass die irrige Ansicht herrscht, dass es nur wenige sind, die sich beklagen. Und sich ihre Klagen, weil sie von Erwachsenen vorgebracht werden, nur auf Vergangenes beziehen. Sie verweisen aber darauf, dass sich bis jetzt nichts wesentlich verändert hat.

Ich denke hier auch an den Begriff der Inklusion.

Gemeint ist, dass Unterschiede der Menschen eben die Normalität darstellen. Die Betroffenenverbände sprechen von „Variations in Sex Development“, Diamond spricht von Spielarten des Lebens und registriert: „nature loves variety, but society hates it“. Vor kurzem las ich den ironischen Ausspruch auf einer Kunstaussstellung: „Biologie ist immer gerade“.

Richter-Appelt (2004) hat durch ihre eigenen Forschungen herausgefunden, dass intersexuelle Individuen in ihrem geschlechtsdifferenzierenden Verhalten oft zwischen Männern und Frauen liegen. Sie möchte das jedoch nicht als Problem sehen, sondern es „könnte als eine über die Kategorie Mann und Frau hinausgehende Bereicherung der Vielfalt menschlichen Wesens angesehen werden“. Richter-Appelt spricht von der „Grundfrage, die in der Gender Theorie immer wieder diskutiert wird und bis heute nicht eindeutig beantwortet werden kann, ... ob das

wahre Geschlecht herausgefunden (essentialistischer Ansatz) oder konstruiert (konstruktivistischer Ansatz) werden muss. Vielleicht ist diese Frage aber falsch gestellt und es gibt für Personen mit Intersexualität gar kein wahres Geschlecht, das weiblich oder männlich ist“. (H. Richter-Appelt: Vom Körper zur Geschlechtsidentität. In: Richter-Appelt und Hill (Hg.). Damit löst sie sich von der binären Konstruktion der Geschlechtsidentität und verweist auf die Vielfalt menschlichen Lebens im polar gedachten Modell. Auch Melissa Hines weist in ihrem Buch „Brain – Gender“ auf solche neuen Gedanken hin. Susan Pinker wendet diese positive Sicht auch auf das Spannungsverhältnis von sog. normalen Männern und Frauen an und sagt: es ist doch ein Vorteil, wenn es nicht nur Extreme gibt. Man erkennt immer deutlicher, dass innerhalb eines Geschlechts die Unterschiede größer sind als die zwischen Mann und Frau. Eine breite Vielfalt im sozialen Verhalten und in der biologischen Konstitution bei Männern und Frauen sollte mit Optimismus betrachtet werden.

Auch die „National Coalition für die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland“ geht in ihrem Schattenbericht (2010, S. 20) an die UN-Kinderkommission auf intersexuelle Kinder ein. Sie empfiehlt, die UN-Kinderkommission soll „die Bundesregierung auffordern, das Verständnis von Inklusion in der Öffentlichkeit zu verbreiten und sich dafür einzusetzen, dass dieses in allen pädagogischen Ausbildungen verankert wird“.

Fragen zur kulturellen und gesellschaftlichen Perspektive

Zu 4)

Siehe 3.3.

Ich glaube nicht, dass es dazu irgendwelche belastbaren Zahlen oder andere publizierte Angaben gibt. Aus meiner persönlichen Kenntnis von vielen E-Mails in Hermaphroditen-Foren ergibt sich für mich aber ein orientierendes Bild. Sehr viele Betroffene sind durch die meist mehrfachen Operationen psychisch und auch körperlich betroffen, andere haben durch häufig nicht optimal eingestellte Hormonbehandlung Probleme und viele haben im Umgang mit ihren Eltern keine glückliche Entwicklung durchgemacht. Aus diesen Gründen sind viele im Berufsleben ebenfalls am Aufbau einer gradlinigen Entwicklung behindert – um die Situation vorsichtig aus zu drücken.

Ich verweise hier auch auf 3.1.3.

Zu 5)

5.1) Ein staatlich beauftragter „Anwalt des Kindes“

Ich habe darauf hingewiesen, dass die genitalangleichenden Operationen keine Heilung sind, sondern kosmetische Operationen. Eine grundsätzliche, gesetzliche Regelung über aufwendige kosmetische Operationen ist mir nicht bekannt. Insofern muss eine gesetzliche Regelung

herbeigeführt werden. Wenn ein Verbot von geschlechtsangleichenden Operationen sich gegen den Widerstand der Endokrinologen und Chirurgen nicht durchsetzen lässt, müsste im juristischen Prozedere zuvor ein „staatlicher Anwalt des Kindes“ eingeschaltet werden.

Die könnte durch die Einrichtung eines Ombudsmann/Ombudsfrau bei einem Bundesministerium geschehen – mit eigenen Einwirkungsrechten, der z.B. auch eigene Gutachter (Psychologen oder andere Personen, die nicht in ein endokrinologisch-chirurgisches Teameingebunden sind) oder anerkannte Selbsthilfegruppen für Eltern und Kinder benennen kann.

Die Bundesregierung könnte auch die Einrichtung eines „Anwalt des Kindes“ vorschlagen. Man müsste dieses Amt erst schaffen – analog zum „Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages“.

Dieses Amt könnte in dem Konflikt zwischen elterlicher Sorge und dem Selbstbestimmungsrecht der Kinder (bisher operiert man Säuglinge oder Kleinkinder!) vermitteln. Es sollte sich dann auch auf die Ethischen Richtlinien stützen. Es sollte nicht nur in individuellen Fällen Entscheidungen herbeiführen, sondern auch in die bisher geübte Praxis, sozusagen prophylaktisch, grundsätzlich vermittelnd eingreifen. Die Zuweisung der Eltern an Selbsthilfegruppen gehört dazu. Natürlich sollten sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene Zugang haben. An Reismöglichkeiten u. a. muss im praktischen Umgang gedacht werden.

Auch andere Vorschläge wurden schon bei der Diskussion über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG), das seit 2009 gilt, gemacht. Es sollte dabei aber bedacht werden, dass eine Vielzahl von Gerichten primär tätig wird, und diese vermutlich wieder eine Vielzahl von medizinischen Gutachtern beauftragen werden. Es ist dann kaum eine Änderung zum bisherigen Verfahren zu erkennen.

5.2) Unterstützung durch Selbsthilfeeinrichtungen

Ich empfehle die Einrichtung und Förderung von unabhängigen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen für betroffene Kinder und ihre Eltern, für intersexuelle Menschen vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter.

Ähnliche Einrichtungen haben in vielen anderen Bereichen der Medizin Erfolge, weil sie weil eher Vertrauen in ungewöhnliche Maßnahmen der Mediziner vermitteln können. Nicht nur auf dem hier besprochenen Gebiet spüren Patienten eine Scheu im Umgang mit Ärzten. Sie könnten auch vermitteln, dass kein Druck von endokrinologisch-chirurgischen Medizinzentren auf die Eltern ausgeübt wird, dass unoperierte Kinder nicht in das heutige Gesellschaftsbild passen. Es wäre gut, wenn durch die Betroffenenverbände Aufklärung verbreitet werden kann, und so Intersexualität nicht mehr als „zu behandelnde Krankheit“ dargestellt werden kann.

Weitergehende Anmerkungen möchte ich den vorhandenen Selbsthilfegruppen überlassen.

Zu 6)

6.1) Einführende Gedanken

Was gelegentlich bei der Geburt oder später, in der Zeit der Pubertät, festgestellt werden kann, ist ein nicht eindeutig männliches oder weibliches Genitale auf Grund des äußeren Bildes, sind Abweichungen genetischer, gonadaler und/oder hormoneller Befunde vom erwarteten Ergebnis. In diesen Fällen wird im gängigen medizinisch-sexualpsychologischen Vorgehen eine Norm angenommen, es findet also eine Normierung biologischer Phänomene statt. Diese bezieht sich auf das dichotom/binäre Konstrukt von Sex und Gender. Als nächster Schritt wird dann eine Abweichung von der Norm als Krankheit/Störung/Disorder gesehen. Alles was diese dichotome Ordnung in Frage stellt, wird als abnorm, unnatürlich oder pathologisch angesehen. Zu fragen ist hier: handelt es sich dabei tatsächlich um Abweichungen von einer Norm und was ist hier die Norm, oder aber sind es nicht doch Varianten biologischer Vielfalt? Susanne Baer (2010) sagt, „ein Recht auf sexuelle Selbstbestimmung ist ein Recht gegen die normierte Vergeschlechtlichung“.

Gerade am Beispiel der Intersexualität wird der Irrsinn der dichotomen Konstruktion in der ICD 10 deutlich. Einerseits wird eine „Lücke“, ein „Dazwischen“ definiert, andererseits wird Personen, die ihre Geschlechtsidentität – von niemand angezweifelt – in der „Mitte“ finden, die von ihnen selbst gewünschte Eintragung im Personenstandsregister als „Zwitter“ unter Berufung auf medizinische und psychologische Gutachter, also die Konstrukteure des Systems, verweigert. Sie werden willkürlich und zwangsweise einer Seite als weiblich oder männlich zugeordnet: von Gutachtern, die sich von dieser dogmatischen, dichotomen Konstruktion nicht distanzieren wollen. Dies verstößt aber gegen den Schutz der Geschlechtsidentität.

Dass in der Allgemeinheit ein starker Erwartungsdruck herrscht, sich für entweder für das männliche oder für das weiblich Geschlecht zu entscheiden, und dass die allermeisten Menschen keinen Zweifel an ihrer eigenen Zuordnung haben, kann nicht als Beweis angesehen werden, dass das dichotome Modell sich auch wissenschaftlich begründen lässt. Es ist völlig unverständlich und unlogisch, dass die Summe aller dieser psychologischen und medizinischen Eigenschaften vom dichotomen/binären Prinzip „Alles oder Nichts“ bestimmt wird. Das Wissen um die Varianz von Geschlecht ist für unseren Umgang mit Sexualität – oder: miteinander – wichtig (H. Richter-Appelt: Gender-Lecture, Humboldt-Uni, Berlin, 19.4.04).

Insofern sind Gedanken zur Geschlechts-Identität nicht nur Gedankenspiele.

Sie bewirken infolge einer falsch verstandenen Begriffskonstruktion der Mediziner bei vielen intersexuellen Menschen häufig schwerwiegende, die Persönlichkeit schädigende Konsequenzen.

In Analogie kann auf die Homosexualität verwiesen werden. Vor vielen Jahren wurde Homosexualität aus dem Krankheitssystem der Mediziner und Psychiater entfernt (zuletzt für die WHO 1990). Kein Homosexueller wird heute einen Psychiater aufsuchen, um „geheilt“ zu

werden, und diese werden entlastet von der nicht lösbaren Gedankenkonstruktion homosexuelle Menschen „heilen zu müssen“.

Es ist eine Sache, dass die Logik es erfordert, den Dualismus der Geschlechtsidentität als polare Kategorie zu definieren und nicht als binäres/dichotomes Modell.

- Dichotom meint: In zwei Teile zerschneiden (von griechisch dichotomos „geteilt“, „auseinander“). Dann ist „nichts dazwischen“.
- Binär meint: entweder ja oder nein, vorhanden oder nicht vorhanden (im Sinne der modernen Wissenschaftssprache: in nur zwei Zuständen auftretend, von lateinisch binarius „zweifach“).
- Polar beschreibt ein Kontinuum mit zwei Enden (leitet sich von griechisch polos ab, es bedeutet Achse). Es ist also „etwas dazwischen“. Gemeint ist die Achse bzw. das Kontinuum zwischen den beiden Polen, es ist also immer „etwas zwischen zwei Polen“. Man kann dabei an das Modell der Erde mit den beiden Polen denken.

Es ist eine andere Sache, dass die Komplexität der Verhältnisse es auch verlangt, dass die damit verbundene Unbestimmbarkeit ausgehalten werden muss. Individuen, deren Selbstverständnis sich nicht wie bei der großen Mehrheit an den Außenrändern des polaren Spannungsfeldes weiblich/männlich befindet, gehören nicht in das System der Psychopathologie, sondern sie sind Teil eines normalen Spektrums einer Population. Dieses Aushalten der Unbestimmtheit gilt nicht nur für die Betroffenen, sie gilt in ganz besonderem Maße für die Eltern und natürlich auch im sozialen Umfeld. Es ist zu hoffen, dass die „Grauzone“ zwischen den Geschlechtern als Variante des Normalen akzeptiert wird.

6.2)

Daraus leiten sich folgende Forderungen ab:

Das Personenstandsgesetz (PStG) verlangt binnen einer Woche nach der Geburt eines Kindes mit unklaren Genitalien die Eintragung entweder als männlich oder als weiblich. Die Geschlechtszuweisung sollte jedoch auch Zwitter berücksichtigen, vor allem weil nach der Geburt noch nicht entschieden werden kann, ob sich das Individuum als männlich, weiblich oder in einer dritten Version im späteren Leben mit seiner eigenen Geschlechtsidentität sehen will. Der Weg über Gerichte, um die Eintragung im Personenstandsregister zu ändern, ist eine sehr große psychische und soziale Belastung. Sie kann und sollte vermieden werden durch folgende Ergänzung im PStG:

Es ist zu fordern, den § 21.3 PStG im Personenstandsregister mit dem Zusatz zu versehen:

„das eingetragene Geschlecht hat provisorischen Charakter, er kann nur durch eine Selbsterklärung der eingetragenen Person geändert werden (ohne Einschaltung des

Familiengerichts und ohne Gutachter) u. z. auf die Dauer bis einschließlich der Zeit der Pubertät, bis zum 16.-18. Lebensjahr“.

Erst nach dieser Zeit erfordern Ehe/Partnerschaft, Untertagebau oder Bundeswehr die Entscheidung zwischen männlich oder weiblich. Ab dann kann die Entscheidung diskutiert werden, die ich für Erwachsene vorschlage

Im § 59 PStG heißt es:

„Auf Verlangen werden in die Geburtsurkunde Angaben nach § 59 Absatz 1 Nr. 2 (= das Geschlecht des Kindes) ... nicht aufgenommen“.

Dieser Paragraph ist im praktischen Leben eine Minderung der Belastung. Entscheidend ist aber, dass gleich nach der Geburt im Register nur die Eintragung als männlich oder weiblich vorgesehen ist. Dies bedeutet eine Normierung, die für intergeschlechtliche Menschen immer ein willkürlicher Zwang ist. Die Ausführungen von Frau Dr. Schweizer beim Ethikrat über den mehrjährigen Ablauf der Entwicklung der Geschlechtsidentität sind wichtig. Das Erziehungsgeschlecht, für das sich die Eltern entscheiden, muss solchen Wechsel offen lassen. Jetzt muss bei einer gewünschten Änderung das zuständige Gericht mit Beteiligung von medizinischen Gutachtern gemäß § 47 PStG entscheiden und zwar nur innerhalb des binären Rahmens. Die beantragte Änderung des § 21.3 wäre eine deutliche Erleichterung. Wer vermutet, dass es zu einem häufigen Wechsel des Geschlechtseintrags kommt, sollte sich vergegenwärtigen, dass ein solcher Schritt – gerade für Jugendliche – eine sehr, sehr hohe persönliche und soziale Belastung ist und nicht willkürlich vorgenommen wird.

Im Vordergrund kann nur die Nichtdiskriminierung stehen. Hier muss zur Begründung auch auf die Artikel 1 Abs. 1 und 2, Artikel 2 Abs. 1 und 2 und Artikel 3 Abs. 3 des Grundgesetzes hingewiesen werden.

Gelegentlich wird ein Eintrag ins PStG als „Zwitter“ o. ä. gefordert. Ich halte es für sehr bedenklich, wenn der Eintrag schon zur Geburt oder bald danach erfolgt.

Eltern sind, das kann man vielerorts lesen, sehr irritiert, sogar schwer psychisch belastet, wenn ihnen gesagt wird, dass das Geschlecht des Kindes nicht eindeutig als männlich oder weiblich zu bestimmen ist. Sie werden bei dieser Regelung sehr leicht von den zur Operation neigenden Ärzten dazu gedrängt oder von anderen überredet, sich für eine Operation beim Kind zu entschließen (Zeitpunkt der Operationen liegt im Regelfall bei 3 bis 4 Lebensmonaten bis zum 2. Lebensjahr). Diese Regelung würde m. E. die Wahl zur Operation beim Kind sogar verstärken.

Der Wunsch, den Eintrag von weiblich zu männlich oder umgekehrt zu ändern, wird eher im Erwachsenenalter verlangt. Von anderen, sicher sehr wenigen Betroffenen wird auch an „Zwitter“ oder sowohl „weder männlich noch weiblich“ als auch „sowohl männlich als auch weiblich“ gedacht. Aber diese Entscheidung muss von den jeweils Betroffenen freiwillig

beantragt werden. Ein Zwang zu diesem Eintrag muss unbedingt vermieden werden. Auch bei Erwachsenen sollte über ein vereinfachtes Verfahren nachgedacht werden, das die Selbstbestimmung der Geschlechtsidentität beachtet und schützt.

Das Ziel sollte eine ersatzlose Streichung von § 21.3 PStG sein.

Ausgewählte Literatur

AWMF-Leitlinien (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) der Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin: Störungen der Geschlechtsentwicklung (DSD). AWMF online.

Baer, S.: „Sexuelle Selbstbestimmung“? Zur internationalen Rechtslage und denkbaren Konzeptionen von Recht gegen geschlechtsbezogene Diskriminierung. In: Lohrenscheit (Hg.).

Baron-Cohen, S.: Vom ersten Tag an anders. Das weibliche und das männliche Gehirn. Walter Verlag, 2004.

Bainbridge, D.: Das X in Sex. Wie ein Chromosom unser Leben bestimmt. Wagenbach, 2005.

Brinckmann, L.; Schweizer, K.; Richter-Appelt, H.: Behandlungserfahrungen von Menschen mit Intersexualität. Gyn Endokrinologie, Vol. 5, 235-242 (2007).

Brizendine, L.: Das weibliche Gehirn. Warum Frauen anders sind als Männer. Hoffmann und Campe Verlag, 2007.

Büchler, A.; Cottier, M.: Intersexualität, Transsexualität, und das Recht. Freiburger Frauen Zeitschrift für Interdisziplinäre Frauenforschung, 17, 2005.

Deutscher Ethikrat: Infobrief 2/2010. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/infobrief-2010-02-online.pdf>

Diamond, M.: Management of Intersexuality. Guidelines, 1997. www.ukia.co.uk/diamond/diaguide.htm

Dreger, A.D. (Hg.): Intersex in the Age of Ethics. Univ Pub Group, 1999.

Drygala, A.: Die Differenz denken. Zur Kritik des Geschlechterverhältnisses. Verlag Turia und Kant, 2005.

Ethische Grundsätze und Empfehlungen bei DSD. Monatsschrift Kinderheilkunde, 2008, 156, S. 241-245 (Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität „Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung“).

Fine, C.: Delusions of Gender – the Real Science behind Sex Differences. ICON books, 2010.

Finke, R.; Höhne, S.-O. (Hg.): Intersexualität bei Kindern. Uni-Med Verlag, 2008.

Fröhling, U.: Leben zwischen den Geschlechtern. Intersexualität. Ch. Links Verlag, 2008.

Groneberg, M.; Zehnder, K. (Hg.): Intersex. Geschlechtsanpassung zum Wohl des Kindes. Academic Press Fribourg, 2008.

Halberstam, J.: In a queer time and Place. New York University Press, 2005.

Hark, S.: Geschlecht und Sexualität: Die Grenzen des Menschlichen und die Paradoxien einer Politik der Rechten. In: Lohrenscheit (Hg.).

Häuser, W. et al.: Misshandlungen in Kindheit und Jugend. Deutsches Ärzteblatt, 108 (17), 2011.

Hines, M.: Brain – Gender. Oxford University Press, 2005.

Karkasis, K.: Fixing Sex. Intersex, Medical Authority, and Lived Experience. Duke University Press, 2008.

Köhler, B., Kleinemeier, E.; Lux, A.; Hiort, O.; Grüters, A.; Thyen, U.; DSD Network Working Group: Satisfaction with Genital Surgery and Sexual Life of Adults with XY Disorders of Sex Development: Results from the German Clinical Evaluation Study. J Clin Endocrinology Metabolism, 2011.

Kolbe, A.: Empowerment durch Recht? Intersexualität im juristischen Diskurs. In: Liminalis, 2008_02.

Kolbe, A.: Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht. 2010.

Korte, A.; Goecker, D.; Krude, H.; Lehmkuhl, U.; Grüters-Kieslich, A.; Beier, K.M.: Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Deutsches Ärzteblatt, 105 (48), 2008.

Lang, C.: Intersexualität. Campus Verlag, 2007.

Lautenbacher, S.; Güntürkün, O.; Hausmann, M. (Hg.): Gehirn und Geschlecht. Springer Verlag, 2007.

Lohrenscheit, C. (Hg.): Sexuelle Selbstbestimmung als Menschenrecht. Deutsches Institut für Menschenrechte. Nomos, 2009.

- Lohrenscheit, C.; Thiemann, A.: Sexuelle Selbstbestimmungsrechte– Zur Entwicklung menschenrechtlicher Normen für Lesben, Schwule, Transsexuelle und Intersexuelle. In: Lohrenscheit (Hg.).
- McCarthy, M.: Role of Hormones in Development of Sex Differences in the Brain. Morgan & Claypool, 2010.
- Netzwerk Intersexualität: Erste Ergebnisse der Klinischen Evaluationsstudie im Netzwerk Störung der Geschlechtsentwicklung/Intersexualität (2008). <http://www.netzwerk-dsd.uk-sh.de>
- Pfaff, D.: Man and Woman. Oxford Press, 2011.
- Pinker, S.: The sexual Paradox; Men, Women and the real Gender Gap. Scibner, New York.
- Plett, K.: Intersexualität aus rechtlicher Perspektive. Gigi – Zeitschrift für sexuelle Emanzipation, 2001, S. 24-27.
- Plett, K.: Intersex und Menschenrechte. In: Lohrenscheit (Hg.).
- Preves, S.E: Intersex and Identity. Rutgers University Press, 2005.
- Remshmidt, H: Misshandlungsfolgen: Seelische Belastungen und Spuren im Gehirn. Deutsches Ärzteblatt, 108 (17), 2011.
- Richter-Appelt, H.; Hill, A. (Hg): Geschlecht zwischen Spiel und Zwang. Psychosozial-Verlag, 2004.
- Richter-Appelt, H.; Schimmelmann, B.G.; Tiefensee, J.: Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken (FEPS). Eine erweiterte Version des Parental Bonding Instruments (PIB). Psychother Psych Med, 2004; 54 (1): 23-33.
- Richter-Appelt, H.: Medizinische und psychosoziale Aspekte der Intersexualität. In: Groneberg, M.; Zehnder, K. (Hg.).
- Rieben, J.: Geschlecht und Identität. In: Groneberg, M.; Zehnder, K. (Hg.).
- Rothärmel, S.: Beteiligung von Kindern an medizinischen Entscheidungen. In: Frühe Kindheit, Heft 2, 2009.
- Schröter, S.: FeMale – über Grenzverläufe zwischen den Geschlechtern. Fischer Taschenbuch, 2002.
- Schweizer, K.; Richter-Appelt, H.: Leben mit Intersexualität. Behandlungserfahrungen, Geschlechtsidentität und Lebensqualität. Psychotherapie im Dialog, 2009, 10 (1), 19-24.
- Stehr, M.; Putzke, H.; Dietz, H.-G.: Zirkumzision bei nicht einwilligungsfähigen Jungen. Deutsches Ärzteblatt, 105 (34-35), 2008.
- Voß, H.-J.: Making Sex Revisited – Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive. Transcript, 2010.
- Werlen, M.: Rechtlicher Schutz für Kinder mit bei Geburt uneindeutigem Geschlecht. In: Groneberg, M.; Zehnder, K. (Hg.).
- Wieacker, P.: Entwicklung der somatischen Identität und ihre Abweichungen. Vortrag 20.11.2009. Göttingen, Institut für Humangenetik.
- Woweries, J.: Intersexualität: eine kinderrechtliche Perspektive. In: Frühe Kindheit, Heft 3, 2010.
- Zehnder, K.: Intersexualität als soziales Phänomen. In: Groneberg, M.; Zehnder, K. (Hg.).