

Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland

## **Öffentliche Anhörung vom 8. Juni 2011**

*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 nicht akzeptieren konnten oder die Zuordnung zum anderen Geschlecht aufgrund 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 zugrunde 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. Dies spielt zum Beispiel für die Konstruktion einer Neovagina eine Rolle, die regelmäßig gedehnt werden muss, um funktionsfähig zu bleiben. Gerade diese Erfahrung wurde wiederholt von betroffenen erwachsenen Personen als besonders belastend geschildert.

Den Behandlungsempfehlungen lagen folgende Annahmen zugrunde:

- Für eine gute Lebensqualität müssten das biologische Geschlecht (Chromosomen, Hormone, äußere und innere Genitalien) sowie das psychische Geschlecht (Geschlechtsidentität und Geschlechtsrollenverhalten) übereinstimmen und eindeutig sein, das heißt, es sollte möglichst in keinem der Teilaspekte eine Abweichungen von der Norm bestehen (zum

Beispiel zu große Klitoris, zu kleiner 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.
- Ein Wechsel der Geschlechtsrolle (Geschlechtsidentität) soll möglichst vermieden werden.
- Die sexuelle Funktionsfähigkeit soll im Sinne einer heterosexuellen Penetration möglich sein.
- Es bestehe in fast jedem Fall ein Entartungsrisiko der Gonaden, daher müssten sie entfernt werden, was eine lebenslange Hormonsubstitution nötig macht.

Das Ziel soll eine stabile, das Leben überdauernde eindeutig männliche oder weibliche Geschlechtsidentität sein, sowie ein eindeutig männlicher oder weiblicher möglichst unauffälliger 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 eine männliche Geschlechtsidentität entwickelt.)

„Auswirkungen auf Sexualität und Fortpflanzung“ kann ebenfalls sehr unterschiedlich interpretiert werden. Ist unter Sexualität sexuelle Funktionsfähigkeit im Sinne eines heterosexuellen Geschlechtsverkehrs 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?

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

Davon unterschieden werden müssen Operationen, bei denen es entweder um die Angleichung an das eine oder andere Geschlecht geht (dabei wird eine Entscheidung für einen männlichen oder weiblichen Körper getroffen) oder um Operationen, die Auffälligkeiten im Rahmen einer Geschlechtszugehörigkeiten beheben sollen (zum Beispiel Klitorisreduktion bei AGS mit einem weiblichen Chromosomensatz).

Die Annahme, dass man durch die chirurgische und hormonelle Angleichung eines Kindes an ein Geschlecht und eine eindeutige Erziehung in jedem Fall eine eindeutige Geschlechtsidentität

gewährleisten könne, gilt heute als überholt. Viele Personen erleben sich trotz Geschlechtsangleichung als intersexuell, das heißt zwischen Mann und Frau.

Wiederholt wurde argumentiert, dass Eltern, wenn sie mit dem nichteindeutigen Körper ihres Kindes konfrontiert werden, mit dieser Situation überfordert wären und daher das Kind operiert werden sollte. Es soll nicht infrage gestellt werden, dass eine derartige Erfahrung für Eltern eine besondere Herausforderung darstellt. Es steht aber 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 des Kindes habe 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.

Kinder sollten in jedem Fall altersgemäß sensibel und verständnisvoll aufgeklärt werden. Eltern und Ärzten sollte von Psychologen (die ebenfalls geschult werden müssten) geholfen werden, wie so eine Aufklärung gestaltet werden könnte. 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 Organe entfernt hatte mit der Information, es bestehe ein Risiko, ohne sie wirklich aufzuklären.