



**Schattenbericht
zum 6. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland
zum Übereinkommen der Vereinten Nationen
zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW)**

erstellt von:

Intersexuelle Menschen e. V. / XY-Frauen

Lucie G.Veith
Neu Wulmstorf
lucie_at_intersexuelle-menschen.net

Sarah Luzia Hassel-Reusing
Wuppertal
chatling_at_gmx.de

Claudia J. Kreuzer
Trier
wedernoch_at_aol.com

Impressum

Herausgegeben von:

Intersexuelle Menschen e.V.
c/o A.Kunst
Slebuschstieg 6
20537 Hamburg

An der Kommentierung haben mitgewirkt:

Lucie G. Veith, Sarah Luzia Hassel-Reusing, Claudia J. Kreuzer

Kontakt

Lucie Veith
Postweg 11
21629 Neu Wulmstorf
lucie_at_intersexuelle-menschen.net

Datum

2. Juli 2008

Inhaltsverzeichnis

Vorwort /Zusammenfassung	S. 5
Fragen an die Bundesregierung	S. 7
1. Präambel und Artikel 1-5 CEDAW	S. 9
1.1 Definition - Was ist Intersexualität?	S. 9
1.2 Verweigerung und Ignoranz der Bundesregierung	S. 10
2. Artikel 10 Bildung	S.11
2.1 Die menschenrechtsverletzenden Geschlechtertheorien nach Prof. Dr. John Money	S. 11
3. Artikel 12 Gesundheit	S. 11
3.1 Medizinische Versuche an Menschen	S. 12
3.2 Auflistung der Menschenrechtsverletzungen infolge der Behandlung nach den „Standards“ entwickelt von Prof. Dr. John Money	S. 12
3.2.1 Gonadenentnahme (Kastration)	S. 13
3.2.2 Genitalamputation	S. 13
3.2.3 Wirksamer Rechtsschutz	S. 13
3.2.4 Behandlungsdokumentation	S. 14
3.2.5 Irreversible genitalchirurgische Eingriffe bei Unmündigen und Erwachsenen	S. 14
3.2.6 Off- Label- Use von Medikamenten	S. 14
3.2.7 Behandlungskonsequenzen im Handlungsspielraum der medizinischen Definition	S. 15
4. Artikel 16 Heirat und Familie	S. 16
4.1 Verletzung des Vorrangs des Kindeswohls und Schutz der Identität des Kindes	S. 16
4.2 Widerrechtliche Durchsetzung des Schweigens und die Verweigerung von Akteneinsicht	S. 16
4.3 Gleiches Recht auf Eheschließung	S. 17
5. Sondermechanismen	S. 17
5.1 Eine Möglichkeit der Aufarbeitung: Wahrheitskommission zur Aufklärung der Verletzung der Frauen- und Menschenrechte intersexueller Menschen	S. 17

6. Forderungen und Empfehlungen / Recommendations	S. 18
6.1 Die Forderungen der Betroffenen	S. 18
6.2 Notwendige Hilfsprogramme für Betroffene	S. 19
Addendum/Anhang – Case Studies/Fallbeispiele	S. 21
1. Fallbericht Nella	S. 22
2. Fallbericht Christina T.	S. 27
3. Der “ Behandlungsstandard“ nach Dr. John Money	S. 31
4. Linksammlung	S. 33
5. Text von Prof. Dr. Milton Diamond und Ass. Prof. Hazel Glenn-Beh“: Ein zum Vorschein kommendes ethisches und medizinisches Dilemma: Sollten Ärzte geschlechtsangleichende Operationen an Kleinkindern mit uneindeutigen Genitalien durchführen?“	S. 35
6. Intersexualität. Die alltägliche Folter in Deutschland. Ein Forschungsbericht, Humboldt- Universität zu Berlin	S. 87
7. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage	S. 126

Vorwort - Zusammenfassung

Dieser Parallelbericht zum Bericht der Bundesrepublik Deutschland widmet sich, nach Überzeugung und Erfahrung der Berichterstatterinnen, den nicht erfüllten Verpflichtungen bezüglich der Menschenrechte, wie sie, aus dem UN-Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) und, jeweils in Verbindung mit Art. 3 CEDAW, den anderen Menschenrechtsverträgen der UN den intersexuellen Menschen erwachsen.

Nach Rechtsauffassung der Berichterstatterinnen umfasst der Schutz von CEDAW alle Menschen, welche körperlich nicht eindeutig dem männlichen Geschlecht zugehörig sind. Nur durch diesen weiten Umfang ist sicher gestellt, dass dieser Schutz auch den Menschen zuteil wird, die fälschlich dem weiblichen oder dem männlichen Geschlecht zugewiesen wurden. Die Umsetzung des geforderten Schutzes ist nach Ansicht vieler, medizinisch als intersexuell oder „DSD“ („Disorders of sex development“) bezeichneter Menschen nicht gegeben.

Bei intersexuellen Menschen finden sich sowohl weibliche als auch männliche körperlich-geschlechtliche Merkmale. Neben der Varianz ihrer geschlechtlichen Anlagen liegen bei ihnen in der Mehrzahl der Fälle, keine weiteren pathologischen Merkmale vor. Trotzdem werden sie in Deutschland - sowie auch in zahlreichen anderen Ländern - von frühstem Kindesalter an - irreversiblen medikamentösen und chirurgischen Eingriffen unterzogen. Diese Eingriffe führen bei den so betroffenen Menschen konsequenterweise zu einer lebenslang obligaten medizinischen Behandlung.

In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird mit medizinischen Mitteln versucht, intersexuelle Kinder, optisch und psychisch, dem jeweiligen kulturellen Kontext von „weiblich“ anzupassen. Eine medizinische Indikation sowie eine Qualitätskontrolle fehlen hierzu völlig. Ebenso gibt es Fälle, in denen versucht wird, intersexuelle Menschen unter Verlust, überwiegend völlig intakter, weiblicher Geschlechtsorgane zu Jungen bzw. Männern um zu operieren. Die daraus resultierenden Konsequenzen hinsichtlich Mutterschaft, Körperbild und sexueller Selbstbestimmung bedürfen, aus Sicht der Berichterstatterinnen, keiner weiteren Ausführungen. Es ist Tatsache, dass diesen Menschen ein Geschlecht, unter Verlust ihrer natürlichen individuellen Entwicklungspotentiale, aufgezwungen werden soll. Die Notwendigkeit der medizinischen Eingriffe wird dabei mit sozialen Aspekten begründet, beispielsweise der Sorge, dass ein intersexuelles Kind ohne eindeutige Geschlechtsmerkmale Opfer von (geschlechtlicher) Diskriminierung werden könnte.

Offiziellen Schätzungen zufolge leben etwa 80.000 bis 120.000 medizinisch mit dem Begriff „intersexuell“ („DSD“) klassifizierte Menschen in der Bundesrepublik Deutschland.

CEDAW verbietet jede Form von Diskriminierung aufgrund des Geschlechts:

„Jede mit dem Geschlecht begründete Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung“ (Artikel 1) umfasst und verpflichtet die Vertragsstaaten, *„alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau durch Personen, Organisationen und Unternehmen zu ergreifen“* (Artikel 2) Dabei fordert CEDAW die Vertragsstaaten in Artikel 5 bereits auf *„einen Wandel in den sozialen und kulturellen Verhaltensmustern von Mann und Frau zu bewirken, um so zur Beseitigung von Vorurteilen sowie von herkömmlichen und allen sonstigen auf der Vorstellung von der Unterlegenheit oder Überlegenheit des einen oder anderen Geschlechts oder der stereotypen Rollenverteilung von Mann und Frau beruhenden Praktiken zu gelangen“*. Aus der Perspektive intersexueller Menschen ist dieser Wandel zur Beseitigung von Geschlechterstereotypen und der Vorstellung einer rein binären auf Mann und Frau beschränkten, Geschlechterkonstruktion geradezu (über-) lebenswichtig.

Das Anliegen des vorliegenden Schattenberichts ist es, über die physische, psychische und soziale Situation intersexueller Menschen in Deutschland aufzuklären mit dem Ziel die vollständige Umsetzung der Menschenrechte auch für intersexuelle Menschen durchzusetzen. Deutschland darf als CEDAW-Vertragsstaat die nach Meinung der Berichterstatterinnen schweren

Menschenrechtsgefährdungen und -verletzungen an intersexuellen Menschen nicht mehr länger ignorieren und muss „*alle geeigneten Maßnahmen einschließlich gesetzgeberischer Maßnahmen zur Sicherung der vollen Entfaltung und Förderung der Frau*“ treffen, „*damit gewährleistet wird, dass Frau die Menschenrechte und Grundfreiheiten*“ ausüben kann (Artikel 2 CEDAW). Im sechsten Staatenbericht der Bundesregierung zu CEDAW finden die Anliegen intersexueller Menschen kein Gehör. Mit dem Schattenbericht verbindet sich daher die Hoffnung, dass CEDAW gegenüber der Bundesregierung darauf hinwirken wird, dass die Menschenrechte intersexueller Menschen aus CEDAW und, in Verbindung mit Art. 3 CEDAW, auch aus den anderen Menschenrechtsverträgen der Vereinten Nationen, in Deutschland angewandt bzw. durchgesetzt werden.

Die intersexuellen Frauen legen diesen eigenen Schattenbericht vor, weil sie sehr spezifischen Formen von Gewalt und Diskriminierungen ausgesetzt sind. Im Prozess der Vorbereitung des Schattenberichts, waren die intersexuellen Frauen dennoch von Anfang an mit der NGO-Plattform zur Erstellung des kompilierten Schattenberichts des Deutschen Frauenrats vernetzt.

Intersexualität berührt eine Vielzahl universeller Menschen- und Frauenrechte. Der vorliegende Schattenbericht konzentriert sich auf die Darstellung von Menschenrechtsverletzungen in Bezug auf die mangelnde Umsetzung der in Artikel 1-5 (*underlying principles of the CEDAW Convention: Equality, Non-Discrimination and State Obligation*), Artikel 10 (*Education*), Artikel 12 (*Health*) und Artikel 16 (*Marriage and Family*) niedergelegten Rechte.

Alle Menschenrechte sind gleichrangig, interdependent und unteilbar. Nach Artikel 28 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte hat jeder Mensch gleichermaßen Anspruch auf eine soziale und internationale Ordnung, in welcher die Menschenrechte und Grundfreiheiten voll verwirklicht werden können. CEDAW betont in der Präambel „... *dass alle Menschen frei und an Würde und Rechten gleich geboren sind, ohne irgendeinen Unterschied auf Grund des Geschlechts*“. Dies gibt Anlass zur Hoffnung für intersexuelle Menschen und wird von den Betroffenen mit großer Anerkennung und in der Hoffnung auf Hilfe gewürdigt.

Im Sinne der universellen und interdependenten Menschenrechte scheint es erforderlich, die Anliegen intersexueller Menschen in Zukunft auch an andere UN-Fachausschüsse weiter zu leiten (insbesondere an die Fachausschüsse zum Zivilpakt (ICCPR), zum Sozialpakt (CESCR), zur Kinderrechtskonvention (CRC) und zur Konvention gegen Folter (CAT) sowie an die Sonderberichterstatter/innen zu Folter, Gewalt gegen Frauen und Kinder).

Fragen an die Bundesregierung

1. Was wird die Bundesregierung unternehmen, um sicher zu stellen, dass die Würde und das Recht auf diskriminierungsfreies Leben (Artikel 1 jeweils in Verbindung mit Artikel 3 CEDAW) bezogen auf das Geschlecht auch für zwischengeschlechtliche Menschen möglich wird?
2. Wann wird die Bundesregierung die Berichte der NGO , der Selbsthilfevertreter und der bereits vorliegenden Forschungsergebnisse hinsichtlich der Lebenssituation der intersexuellen Frauen und zwischengeschlechtlichen Menschen zur Kenntnis nehmen und den Dialog mit den Betroffenen, den Vereinen und den Selbsthilfegruppen aufnehmen?
3. In welchem Zeitrahmen wird die Bundesregierung Schritte unternehmen, um sicherzustellen, dass die med. Behandlungsstandards für zwischengeschlechtlich geborene Menschen den Anforderungen der ratifizierten UN –Verträgen genügen?
4. Wann werden die medizinischen Fachgesellschaften durch die Bundesregierung aufgefordert, diskriminierungsfreie Behandlungsstandards unter aktiver Einbeziehung der Betroffenen einzuführen?
5. Wie und bis wann wird die Bundesregierung sicherstellen, dass intersexuellen Menschen eine geschlechtliche Entscheidung erst dann angetragen wird, wenn sie selbst voll entscheidungsfähig sind?
6. Was wird die Bundesregierung unternehmen, um sicher zu stellen, dass zukünftig keine irreversiblen medizinischen Eingriffe ohne „Informierte freie Einwilligung“ an intersexuellen Menschen erfolgen?
7. Behandlung von intersexuellen Menschen einführen und auf Dauer garantieren, so dass von den Gesetzen und Verordnungen keine Diskriminierung mehr ausgeht?
8. Wann gedenkt die Bundesregierung den Begriff der geschlechtlichen Varianten in ihre Gesetze und Verordnungen einzuarbeiten?
9. Welche Gesetze wird die Bundesregierung im Hinblick auf die Existenz zwischengeschlechtlicher Menschen aktualisieren und wann wird sie es tun?
10. Wann gedenkt die Bundesregierung, sich der intersexuellen Opfer von geschlechtsverändernden Menschenversuchen anzunehmen und ihnen Rechtsbeistand, ihnen Rechtssicherheit und eine Integration in die soziale Ordnung zu ermöglichen?
11. Wird die Bundesregierung verbindliche und diskriminierungsfreie Gesetze, die allen Menschen (somit auch den zwischengeschlechtlich Geborenen) den gleichen Zugang zu medizinischen Leistungen garantieren, vorantreiben?
12. Was wird die Bundesregierung in den nächsten 4 Jahren für den Aufbau, auf die Behandlung zwischengeschlechtlicher Menschen spezialisierter Kompetenzzentren und für die Ausbildung spezialisierter Fachkräfte tun?
13. Was wird die Bundesregierung in den nächsten 4 Jahren zur Bildung von Beratungsteams unter aktiver Mitwirkung zwischengeschlechtlicher Menschen unternehmen?

14. Wie will die Bundesregierung die Verjährung von Schadensersatzansprüchen auf Grund der Vorenthaltung von medizinischen Unterlagen und Informationen gesetzlich regeln?
15. Wie wird die Bundesregierung sicherstellen, dass zwischengeschlechtliche Menschen als Beobachter bei allen sie betreffenden wissenschaftlichen Studien zugelassen werden?
16. Wird die Bundesregierung in den nächsten 4 Jahren eine Wahrheitskommission einrichten bzw. unterstützen, die zur öffentlichen Aufarbeitung (nach kanadischem Vorbild) der durch medizinische Behandlung bzw. Nicht-Behandlung geschädigter zwischengeschlechtlicher Menschen beiträgt und die Entschädigung der Betroffenen regelt?
17. Auf welche Weise und bis wann wird die Bundesregierung die Nachteile ausgleichen, die zwischengeschlechtliche Menschen durch ihre Behandlungen erlitten haben?
18. Wann wird die Bundesregierung definieren, welche körperlichen und psychischen Schäden durch die Fehlbehandlung zwischengeschlechtlicher Menschen nach Auffassung der Bundesregierung jeweils welchem Grad der Behinderung / Minderung der Erwerbsfähigkeit im versorgungsrechtlichen Sinne entsprechen?
19. Wann wird die Bundesregierung die vorhandenen Diskriminierungen der intersexuellen Menschen aus dem Personenstands – und Eherechte entfernen?
20. Wann wird die Bundesregierung neue Forschungsprojekte auflegen bzw. weiterführen(z.B. die Forschungsgruppe Hamburg), die die Situation intersexueller Erwachsener umfassend erforschen, und wann werden diese Ergebnisse wirksam für intersexuelle Menschen umgesetzt.

Parallelbericht zum 6. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW)

1. Präambel und Artikel 1-5

Die *Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women* bekräftigt in ihrer Präambel den „Grundsatz der Unzulässigkeit der Diskriminierung und stellt feierlich fest, dass alle Menschen frei und an Würde und Rechten gleich geboren sind und dass jeder Mensch ohne irgendeinen Unterschied, einschließlich eines Unterschieds aufgrund des Geschlechts, Anspruch hat auf alle in der genannten Erklärung aufgeführten Rechte und Freiheiten“ (siehe Präambel). In den Artikeln 1-5 werden die für CEDAW grundlegenden Prinzipien der Gleichheit und Nicht-Diskriminierung sowie die Staatenpflichten normiert.

Der vorliegende Alternativbericht des Vereins Intersexuelle Menschen e.V. und seiner angeschlossenen Selbsthilfegruppe xy-frauen bezieht sich in besonderer Weise auf den Gleichheitsgrundsatz und das Diskriminierungsverbot aufgrund des Geschlechts. Da CEDAW „jede mit dem Geschlecht begründete Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung“ (Artikel 1) umfasst und die Vertragsstaaten verpflichtet, „alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau durch Personen, Organisationen und Unternehmen zu ergreifen“ (Artikel 2) ist CEDAW geeignet, auch den Schutz der Menschenrechte von allen Menschen durch zu setzen.

1.1 Definition - Was ist Intersexualität?

Unumstößlich ist die Tatsache, dass die Natur neben Männern und Frauen auch Menschen hervor bringt, deren geschlechtliche Anlagen nicht in dieses kulturell gewachsene, binäre Schema einzuordnen sind. Offiziellen Schätzungen zufolge leben noch etwa 80.000 bis 120.000, medizinisch mit dem Begriff „intersexuell“ („DSD“, „Disorders of sex development“) klassifizierte, Menschen in der Bundesrepublik Deutschland.

Der Begriff der „Intersexualität“ beschreibt Menschen mit angeborenen, von der kulturell motivierten, geschlechtlichen Erwartungsnorm abweichenden, somatischen Varianten der Geschlechtsanlagen. Der weitaus überwiegende Teil, etwa 95%, dieser Personengruppe, wurde und wird nach ihrer Geburt genital-chirurgischen und verschiedensten medikamentösen Eingriffen zur Veränderung ihrer grundlegenden und individuellen Geschlechtsmerkmale unterzogen. Die Eingriffe erfolgten und erfolgen bei diesen Personen orientiert an dem medizinisch-technisch Realisierbaren mit dem Zwecke- willkürlich eine geschlechtliche Eindeutigkeit herzustellen, und zwar ungeachtet ihrer Persönlichkeitsrechte, ihrer physiologisch-biologisch determinierten Anlagen und unter Abwesenheit evidenter wissenschaftlicher Erkenntnisse hierzu. Die intersexuellen Menschen sehen diese Eingriffe, die ohne ihre Zustimmung und ohne eine umfassende Aufklärung erfolgen, als unerträglichen Eingriff in ihre Autonomie und als einen würdelosen Gewaltakt an. Die irreversiblen und umfassenden, psychosomatischen und seelischen Einbußen sowie die nur durch lebenslange Medikation aufrecht zu erhaltenden sekundären Geschlechtsmerkmale entfalten für die gesamte Lebensspanne der Betroffenen und für alle Lebensbereiche umfassende unterdrückende Wirkung.

Intersexuelle Menschen lassen sich, hinsichtlich ihrer Biographien in zwei wesentliche Gruppen unterteilen. Da sind einerseits die vor 1945 geborenen, die im wesentlichen Opfer der Rassenhygiene des Nationalsozialismus wurden. Jene, die diese Zeit überlebten, wurden von ihren Familien versteckt. Hermaphroditismus, wurde mit Wirkung zum lebenserhaltenden Tabu erklärt. Die zweite Gruppe sind diejenigen, die nach 1946 geborenen wurden, insbesondere jene - heute

mehrheitlich -, die nach 1950 geboren wurden. Der vorliegende Bericht konzentriert sich auf diese Gruppe, obwohl es auch noch intersexuelle Menschen aus der Zeit vor 1945 gibt, die überlebten und noch heute leben.

Die Zuordnung zu einem Geschlecht erfolgt in Deutschland bisher nach einer standesamtlichen Verordnung aus dem Jahre 1937. Diese Verordnung hat trotz des nationalsozialistischen Hintergrundes immer noch Bestand, mit gravierenden Folgen für intersexuelle Menschen. Diese Menschen, die völlig normal, jedoch mit varianten Geschlechtsmerkmalen ausgestattet sind, werden als Intersexuelle bezeichnet, und ihre körperlich-geschlechtliche Abweichung unter den DSD-Syndromen zusammengefasst. Sie finden erfreulicher Weise erstmals im 6. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland in Zusammenhang mit dem AGG Erwähnung. Grundsätzlich haben „intersexuelle Menschen“ unbehindert, bis auf einige wenige Ausnahmen [z.B. AGS¹], auch im Verlaufe ihres weiteren Lebens keine schwerwiegenden oder gar lebensbedrohlichen physiologischen Erkrankungen bezüglich ihrer genitalen Besonderheiten zu befürchten.

1.2 Verweigerung und Ignoranz der Bundesregierung

Die Bundesregierung wurde durch zwei kleine Anfragen gebeten, sich zur Situation intersexueller Menschen in Deutschland zu äußern. Die Antworten der Bundesregierung auf diese Kleinen Anfragen sind in den Bundesdrucksachen 14/5425 und 16/4322 dokumentiert. Von den Berichterstatterinnen wird an den Antworten der Bundesregierung kritisiert, dass diese ausschließlich auf der Informationsbasis bestimmter ärztlicher Aussagen entstanden und von einem Personenkreis stammt, der mit der Behandlung Betroffener intersexueller Menschen betraut ist und an einer Fortführung der bisherigen Praxis interessiert ist. Intersexuelle Menschen und ihre Organisationen wurden hierzu nicht gehört. Auch verfügbare Erkenntnisse aus unabhängigen psychologischen Studien zur Situation intersexueller Menschen² - mit aus Sicht der Betroffenen katastrophalen Ergebnissen - wurden dort nicht einbezogen. Das Ausweichverhalten der Bundesregierung wird dokumentiert durch die Aussage: *Wir wissen sonst nichts, deshalb ist auch kein weiteres Bemühen erforderlich.* Dieses wird aufs Schärfste kritisiert.

Ebenfalls verschiedene von intersexuellen Menschen durchgeführte Studien zu der metabolischen, d.h. den Stoffwechsel betreffenden Situation von Personen, die im Zuge der gegengeschlechtlichen Zwangszuweisung mit paradoxen Hormonersatztherapien behandelt wurden, wurden nicht zur Kenntnis genommen.³ So werden regelmäßig Mädchen und junge zwischengeschlechtliche Frauen vor Abschluss ihrer körperlichen Entwicklung kastriert und anschließend ausschließlich mit nicht altersgerechten kontrazeptiven⁴ oder post- oder menopausalen⁵ oder gar paradoxen⁶ Hormonersatztherapien behandelt. Die ohne medizinisches Spezialwissen leicht erkennbaren fatalen Konsequenzen aus diesem medizinischen Handeln für die betroffenen Kinder, Mädchen und Frauen

¹ AGS = AndroGenitales Syndrom Krankheitsbild infolge Überproduktion androgener Steroide durch die Nebennierenrinde, mit und ohne Salzverlustsyndrom. Führt infolge in der weiteren Folge bei XX- chromosomalen Menschen zu Virilisierungserscheinungen.

² Gemeint ist hier z.B. die Forschergruppe Intersexualität unter der Leitung von Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt am Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Sexualwissenschaften, Universitätsklinikum Hamburg (sowie auch die Hamburger Evaluationsstudie).

³ Siehe z.B. die folgenden Studien: (1) Effects of Testosterone Treatment in a Female Assigned Subject with Swyer-Syndrome after 30 Years - A Self Report, Universitäts- Klinik Lübeck Kreuzer/ Kreuzer et.al 2006; (2) Consequences of low level sex hormone substitution in young intersex females", Clüsserath et.al. 2001; (3) Consequences of sex hormone substitution Intersexualität zerrissen zwischen Wissenschaft und Realität, Universität Lüneburg, DGSS u. DGSS- Institut, Clüsserath et.al. 2004

⁴ geringst dosierte synthetische Hormone zur Schwangerschaftsverhütung.

⁵ gering dosierte Hormone zur Behandlung von Alterserscheinung der älteren Frau

⁶ gegengeschlechtliche Hormongaben zur Unterdrückung der körpereigenen Wachstumspotentiale und damit zur Entwicklung der medizinisch erwünschten sekundären Geschlechtsmerkmale des Zielgeschlechtes Körperbehaarung, Stimmveränderung, Muskelmasse etc). Allerdings gelingt dies, infolge der kerngeschlechtlichen Determination immer nur sehr unvollständig.

werden von der Bundesregierung weder eruiert noch finden sie in den Berichten der Bundesregierung Erwähnung.

2. Artikel 5 lit. a und 10 lit. c (Bildung)

Die medizinische und psychische Behandlung intersexueller Menschen orientiert sich an den Geschlechtstheorien des Prof. Dr. John Money (USA) aus den 50er Jahren sowie deren Abwandlungen⁷ dieser. Diese Theorie besagt: Wenn man an Kindern mit medizinischen Mitteln, möglichst früh im Leben eine dem Zielgeschlecht entsprechende Genitalplastik herstellt und /oder darüber hinaus die persönlichkeitsverändernde Wirkung von Geschlechtshormonen einsetzt, dass dann eine (Um-) Erziehung in die favorisierte, fremdbestimmte geschlechtliche Sozialisation erfolgreich sein wird.

2.1 Die menschenrechtsverletzenden Geschlechtertheorien nach Prof. Dr. John Money

Die Theorien des Prof. John Money und ihre Abwandlungen, obwohl schon lange in grausiger Weise zum Beispiel durch den Fall David Reimer⁸ widerlegt, sind auch heute noch aktueller Inhalt der medizinischen Fach- und Lehrliteratur. Zu den daraus resultierenden Lehrinhalten der Ausbildung von Mediziner/innen ist an dieser Stelle klar festzuhalten, dass mit diesen Lehrinhalten Verstöße gegen Menschenrechte und in der Folge auch andere Rechtverstöße verbunden sind. Publikationen wie die von John Money und Abwandlungen sind damit als Aufforderung und Anleitung zum Menschenrechtsbruch zu verstehen.

Art. 10 c CEDAW verpflichtet zur Beseitigung von Geschlechtsstereotypen in der Bildung, insbesondere in Lehrbüchern. Was die Aus- und Fortbildung von Mediziner/innen angeht, ist die Bundesregierung aus Sicht der Berichterstatterinnen verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass Mediziner/innen umfassend informiert werden und ihrerseits sicherstellen, dass Eltern intersexueller Kinder umfassend und aus verschiedenen Perspektiven unter Einbeziehung von Kollegen anderer Disziplinen und von Beratern der Selbsthilfe umfassend informiert werden. So werden die intersexuellen Menschen selbst in die Lage versetzt, eine informierte Entscheidung zu treffen. Entsprechende Lehrbücher und Lehrinhalte müssen das Thema Intersexualität aufnehmen und dabei die Erfahrungen der Betroffenen ausreichend reflektieren. Darüber hinaus findet sich in medizinischen Lehrbüchern ebenso wie in Aufklärungsbüchern heute oft noch die falsche Darstellung, dass der Mensch bis zur 7. Schwangerschaftswoche vom Erscheinungsbild weiblich sei. Tatsächlich liegen aber bei allen Menschen bis zur 7. Woche die undifferenzierten Vorstufen der inneren Geschlechtsorgane beider Geschlechter (u. a. Wolffsche Gänge und Müllersche Gänge) vor. Auch die äußeren Geschlechtsorgane bedürfen bis zur Geburt noch einer hochkomplexen Differenzierung in die männliche oder weibliche Richtung. Bis zur siebten Schwangerschaftswoche sind alle Menschen intersexuell. Erst ab der 12. Schwangerschaftswoche entwickelt sich der Mensch in den männlich oder weiblich definierten Bereich, wobei intersexuelle Menschen einen mehr oder minder undifferenzierten Status beibehalten. Die Information über die Beschaffenheit des Menschen bis zur 7. Schwangerschaftswoche ist von erheblicher Bedeutung zur Beendigung aller geschlechtlich begründeten Diskriminierungen, nicht nur gegenüber „intersexuellen“ Menschen.

3. Artikel 12 (Gesundheit)

Das Menschenrecht auf Gesundheit garantiert nach Artikel 12 (1) IPwskR (CESCR) “das Recht eines Jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit”. Das

⁷ Die moderneren Abwandlungen beziehen sich nur auf eine Perfektionierungen der eingesetzten medizinischen Mittel

⁸ z.B. http://de.wikipedia.org/wiki/David_Reimer

gleiche gilt nach Artikel 12 CEDAW ausdrücklich auch für Frauen und nach Artikel 24 (1) der Kinderrechtskonvention (CRC) auch für Kinder. Intersexuelle Menschen dürfen dabei nicht benachteiligt werden. Die Gesundheit bezieht sich auf das individuelle, physische und psychische Wohlbefinden des Menschen, nicht aber auf die Erlangung einer Wohlgefälligkeit der sozialen Ordnung gegenüber, die durch medizinische Eingriffe mit weitgehend unbekanntem lebenslangen Folgen in die körperliche Integrität erreicht werden sollen. Der Staat ist außerdem verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen zur gesunden Entwicklung des Kindes zu ergreifen (Artikel 12 (2) a IPwskR (CESCR)). Dazu gehört auch, es vor schädlichen, unzulässigen und ungesicherten medizinischen Behandlungen zu schützen.

Doch bis zum heutigen Tage wird gonadektomierten intersexuellen Frauen in der Bundesrepublik Deutschland der Zugang zu gesundheitsnotwendigen, körperadäquaten und altersentsprechenden Hormonersatztherapie verwehrt. Berichte zahlloser intersexueller Frauen sind den Berichterstatte(r)innen bekannt. So werden regelmäßig weibliche Kinder und junge Frauen, die, aus verschiedenen Gründen - einschließlich Intersexualität - einer Kastration unterlagen, mit Hormontherapien substituiert, für die es weder eine Zulassung noch evidente wissenschaftliche Erkenntnisse gibt. Kinder im ersten Lebensjahr werden gonadektomiert und bekommen in Ermangelung einer altersgemäßen Hormonersatztherapie bis zu Ihrer Pubertät und teilweise darüber hinaus keine Geschlechtshormonsubstitution. Der hieraus resultierende primäre präpubertäre Hormonmangel, während der Phase ihrer Entwicklung und die damit verbundenen Folgen⁹ sind weitgehend unerforscht. Weiter ist festzustellen, dass vor Abschluss ihrer körperlichen Entwicklung kastrierte Mädchen und junge Frauen anschließend in der Regel ausschließlich mit nicht altersgerechten, kontrazeptiven¹⁰ oder post- oder menopausalen¹¹ oder gar paradoxen¹² Hormonersatztherapien behandelt werden. Dies ist nach Erkenntnis der Berichterstatte(r)innen eine klare Fehlbehandlung. Doch wenn besser informierte Frauen eine ihren körperlichen Grundlagen und dem Alter adäquate Therapie¹³ wünschen, wird diese ausschließlich auf private Kosten gewährt.

Von intersexuellen Menschen durchgeführte Studien beweisen jedoch, dass die bisherigen medizinisch etablierten Verfahren zu einer Vielzahl schwerwiegender Sekundär- Erkrankungen(im wesentlichen Stoffwechsel- u. Organerkrankungen sowie Psychosyndromen) bei den Frauen führen. Die gesamte soziale, psychosoziale und psychosexuelle Entwicklung wird wesentlich gehemmt. Betroffene Frauen kommen aufgrund ihrer frühen Ersatztherapien wegen primärer Gonadeninsuffizienz, insbesondere wenn diese Hormonersatztherapien gegengeschlechtlich (paradox) sind, überhaupt nicht oder nur unter sehr hohen finanziellen Aufwendungen in den Genuss bestimmter Versicherungsleistungen. Eltern ist es z.B. nicht möglich ihr neugeborenes intersexuelles bzw. gonadektomiertes Kind im Rahmen der allgemein üblichen und von der Bundesregierung darüber hinaus zunehmend geforderten privaten Vorsorge zu versichern. Ein weiterer jedoch ebenso wesentlicher Aspekt wurde bisher noch nicht berücksichtigt: Aus den Erfahrungen der intersexuellen Menschen sowie der Eltern ist das Eltern- Kind- Verhältnis, insbesondere das Verhältnis Mutter- Kind, einer erheblichen Störung durch die seit den 50er Jahren etablierte medizinische Verfahrensweise ausgesetzt.

Eltern werden von Ärzten geradezu indoktriniert. Diese medizinische Indoktrination der Eltern hinsichtlich der geschlechtlichen Anlagen ihres Kindes, lässt diese in einen Zustand der Überbeobachtung des Kindes und seiner geschlechtlichen Entwicklung fallen. Die hieraus nach den

⁹ Mentale-, seelische-, psychosexuelle-, anatomische-, organische-, hirnorganische-, soziologische-, Fehl- oder Minderentwicklung als auch schulische Leistungseinschränkungen eingeschlossen.

¹⁰ geringst dosierte synthetische Hormone zur Schwangerschaftsverhütung.

¹¹ gering dosierte Hormone zur Behandlung von Alterserscheinung der älteren Frau

¹² gegengeschlechtliche Hormongaben zur Unterdrückung der körpereigenen Wachstumspotentiale und damit zur Entwicklung der medizinisch erwünschten sekundären Geschlechtsmerkmale des Zielgeschlechtes (Körperbehaarung, Stimmveränderung, Muskelmasse, etc). Allerdings gelingt dies, infolge der

¹³ Auch hierzu existieren nur in den Kreisen der Betroffenen persönliche Erfahrungen, wissenschaftlich evidenten Studien sind nicht bekannt

Money'schen Theoremen resultierende restriktive Erziehung zerstört nachhaltig das „Urvertrauen“ des Mutter- Kind bzw. des Eltern- Kind Verhältnisses. Die natürlichen und normalen Schutzinstinkte einer Mutter gegenüber ihrem Kind werden im Rahmen der medizinisch geforderten „restriktiven geschlechtlichen Erziehung“ durch einen Schutzmechanismus ersetzt, der das Kind vor seiner individuellen geschlechtlichen Eigenentwicklung schützen will. Die natürlichen Schutzinstinkte der Mutter, die das normale Leben, Überleben und die Lebensfähigkeit des Kindes zum Inhalt haben, werden durch den ärztlichen Willen der geschlechtlichen Zwangszuweisung polarisiert und unterdrückt . Ursache hierfür ist im Wesentlichen, dass die geschlechtliche Eigenentwicklung des Kindes als „übergroße Bedrohung“ gegenüber den Eltern dargestellt wird. Dies wird durch die Erkenntnisse der Arbeit der Selbsthilfegruppe xy-frauen und deren Beratungsdienste als auch durch psychologische Studien, die sehr häufig das distanzierte Verhältnis intersexueller Menschen zu ihren Eltern zum Inhalt haben, dokumentiert.

3.1 Medizinische Versuche an Menschen

Mangels einer ausreichenden Anzahl von Langzeit-Untersuchungen ist Prof. Dr. John Money's Standard niemals über das experimentelle Stadium hinausgekommen. Die große Mehrheit der intersexuellen Menschen in Deutschland hat keine rechtswirksame Einwilligung zu diesen an ihnen durchgeführten Menschenversuchen erteilt. Nach der Rechtsauffassung der Berichterstatterinnen ist durch die Unterlassung oder gar durch vorsätzliche falsche Aufklärung über den experimentellen Charakter der Eingriffe keine rechtlich wirksame Einwilligung zustande gekommen. Intersexuellen Frauen werden über Jahrzehnte Medikamente außerhalb ihrer Zulassung verordnet. Es wird ihnen sogar gegenteilig der Eindruck vermittelt, es handle sich bei dieser Art Behandlung um einen medizinisch gesicherten Standard. Dieser rechtswidrige Sachverhalt bleibt in Deutschland bis heute ohne rechtliche Konsequenzen, obwohl Behandlungsversuche ohne rechtsgültige Einwilligung der Versuchsperson selbst gemäß Artikel 7, 2 IPbPR (ICCPR) untersagt sind. Intersexuelle Frauen dürfen bei der Ausübung dieses Menschenrechts nicht benachteiligt werden (Präambel und Art. 3 CEDAW). Dies gilt in besonderem Maße auch bei Genitalverstümmelung, Genitalamputationen, Genitoplastik, Gonadenentnahme im Sinne einer ablativen Hormontherapie¹⁴ und bei Bougierung.

3.2 Auflistung der Menschenrechtsverletzungen infolge der Behandlung nach den „Standards“ entwickelt von Prof. Dr. John Money

3.2.1 Gonadenentnahme (Kastration)

Zu den bis heute empfohlenen und durchgeführten Praktiken gehört die Entnahme der Gonaden (Hoden, Eierstöcke oder Mischformen) bei intersexuellen Menschen. Trotz fehlender medizinischer Indikation werden bis zum heutigen Tag anstelle regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen auch gesunde Keimdrüsen entfernt, aus Angst, es könnte ein erhöhtes Krebsrisiko bestehen. Hierzu wird nur die Einwilligung der Eltern, nicht aber die der intersexuellen Kinder selbst eingeholt, obwohl diese Maßnahme das Recht auf eine eigene Sexualität, das Selbstbestimmungsrecht, die Geschlechtlichkeit und das Recht auf körperliche Unversehrtheit und eine unbeschwerter Kindheit betreffen.

Eltern werden diese Maßnahmen von behandelnden Ärzten vorgeschlagen, eine Zustimmung der betroffenen Kinder wird nicht eingeholt. Ihre natürliche Entwicklung wird nicht abgewartet. Intersexuelle Menschen und deren Eltern werden in der Mehrzahl falsch oder gar nicht über die

¹⁴ Die Kastration ist im engeren wissenschaftlichen Sinne bereits eine Hormontherapie, da sie die Entfernung des hormonaktiven Keimgewebes und seiner Wirkungen auf die Psychosexualität bzw. die Entwicklung der körperlichen Anlagen zum Ziele hat. Sie wird neben intersexuellen Frauen insbesondere bei Sexualstraftätern angewandt.

Folgen der Kastrationen und der wissenschaftlich ungesicherten Hormonersatztherapien aufgeklärt. Die Kastration sowie die damit unausweichlich verbundene paradoxe Hormonersatztherapie werden von vielen Betroffenen als ein Eingriff in die elementarsten Menschen- und Persönlichkeitsrechte empfunden. Sie stellen in Anbetracht der Irreversibilität und des ungewissen geschlechtlichen Ausgangs eine Zwangstranssexualisierung dar.

Die unaufgeklärte Kastration Minderjähriger und Erwachsener wie sie bis zum heutigen Tage in der Bundesrepublik Deutschland an intersexuellen Menschen praktiziert wird verstößt nach Ansicht der Berichterstatterinnen gegen das reproduktive Selbstbestimmungsrecht der Frau (Art. 16 (1) lit e CEDAW). Weiterhin verstößt es gegen die Menschenwürde (Art. 1 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte) und das Recht auf Gesundheit (Art. 12 CESC und Artikel 12 CEDAW) sowie gegen die Rechte auf gesundheitliche Aufklärung und gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdiensten (Art. 10 lit. h und 12 (1) CEDAW), denn bei anderen Patientengruppen - z.B. Personen mit mutmaßlich erhöhter Krebsgefahr - ist nicht die Organentnahme, sondern die Empfehlung frühzeitigerer Vorsorgeuntersuchungen üblich. Diese Verstöße werden in der Bundesrepublik Deutschland bislang nicht verfolgt. Der staatliche Schutz wird den Frauen vorenthalten.

3.2.2 Genitalamputation

Der medizinische Betrieb behauptet soweit zu sein, dass eine vergrößerte Klitoris verkürzt werden kann, ohne die Sensitivität und damit die Libido zu zerstören. Bis etwa 1986 jedoch wurde eine als zu groß eingestufte Klitoris noch üblicherweise amputiert. Das ist eine Praxis, die an die Beschneidung von Frauen erinnert. Dieses lebenszerstörerische Prozedere wird nach wie vor an Kindern mit uneindeutigem Genital vollzogen, obwohl ihre Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist und niemand mit Bestimmtheit sagen kann, ob diese Entscheidung auch nur annähernd richtig ist. Darüber hinaus wird beispielsweise der mit der Klitoris- Amputation einhergehende Empfindungsverlust nicht im Rahmen einer Behinderung gesehen, wie dies jedoch beim Verlust der männlichen Eichel - sogar in Teilen - bewertet wird. Dies verstößt nach Ansicht der Berichterstatterinnen vor allem gegen die Menschenwürde und gegen die Gesundheitsrechte (Art. 12 CESC und Artikel 12 CEDAW) sowie gegen die Rechte auf gesundheitliche Aufklärung und gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdiensten (Art. 10 lit. h und 12 (1) CEDAW).

3.2.3 Wirksamer Rechtsschutz

Aus der Sicht der Betroffenen wird durch die Anwendung der Praktiken nach dem Money-Modell auch gegen die nachfolgenden Menschenrechte verstoßen:

- Artikel 2 lit. c CEDAW verpflichtet zu einem wirksamen Rechtsschutz vor nationalen Gerichten gegenüber jeglicher Diskriminierung von Frauen. Damit ist es den Gerichten untersagt, einen medizinischen Standard über oder außerhalb des UN-Menschenrechtsschutzsystems zu stellen.
- Artikel 14 (1) IPbpR (ICCPR) garantiert die Gleichheit jedes Menschen vor Gericht. Der Genuss dieses Menschenrechts darf auch für von einem medizinischen Standard betroffene Menschen nicht beeinträchtigt werden.

Eine Umsetzung dieser wichtigen Frauen- und Menschenrechte ist in Bezug auf intersexuelle Menschen in Deutschland nach Ansicht der Berichterstatterinnen nicht gegeben. Hinsichtlich vergangener wie auch heutiger medizinischer Praxis beklagen die Betroffenen weiterhin, folgende medizinischen Verfahrensweisen, die ebenfalls in dem Staatenbericht der Bundesregierung keine Erwähnung finden:

3.2.4 Behandlungsdokumentation

- Nichtaufklärung/ Falschaufklärung der Betroffenen und/ oder ihrer Angehörigen
- vorsätzliches „falsches Aufklären“ über diagnostische Erkenntnisse
- unzureichendes diagnostisches Vorgehen, durch Unterlassen notwendiger Diagnoseverfahren
- bei bereits erfolgten Eingriffen Vorenthalten von Patientenunterlagen, mit der Absicht, Menschen über ihre wahre Existenz im Unklaren zu lassen
- Vorenthalten der Patienten- Unterlagen/ Akten, um diese von rechtlichen Schritten abzuhalten
- weder kurz- noch langfristige Qualitätskontrolle noch Aufzeichnung in einem Zentralregister dieser Eingriffe, wie z.B. bei Krebs.

3.2.5 Irreversible genitalchirurgische Eingriffe bei Unmündigen und Erwachsenen

- Kastration ohne gesicherte Indikation
- Kastration ohne Einwilligung
- Kastration unter Vorgabe einer nicht zutreffenden Indikation
- Kastration von Minderjährigen
- Klitoris/ Penisamputationen sowie Klitoris- und Penis- Reduktionsplastiken ohne Einwilligung des mündigen Menschen
- Anlage von Neovaginen und Penoiden bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen ohne Einwilligung
- Gewaltsame Vergrößerung/ Weitung der künstlich angelegten Organe
- Keine Fachärzteschaft, die eine Ausbildung für diese Eingriffe besitzt
- Keine Qualitätskontrolle dieser Eingriffe
- Keine Definition von Qualitätsmerkmalen

3.2.6 Off- Label- Use von Medikamenten

- Anwendung paradoxer Geschlechts- Hormonersatztherapien (P-HET) ohne jeglichen evidenten Nachweis der Wirksamkeit oder der anderen Wirkungen (Nebenwirkungen)
- Anwendung P-HET über den empfohlenen Zeitraum hinaus
- Anwendung P-HET ohne Aufklärung der Nebenwirkungen
- Anwendung P-HET ohne Verträglichkeitsprüfung
- Anwendung P-HET ohne Prüfung der Kontraindikationen
- Anwendung P-HET ohne Kenntnisse der chromosomal bedingten Wechselwirkungen mit möglichen anderen Medikamenten
- Anwendung von Kontrazeptiva als Geschlechtshormon- „Ersatztherapien“ ohne jeglichen evidenten Nachweis der Wirksamkeit oder der anderen Wirkungen (Nebenwirkungen)
- Anwendung P-HET insbesondere bei Kindern, Jugendlichen und jungen Menschen auf dem geschlechtlichen Niveau, alter Menschen, z.B. menopausaler oder postmenopausaler Frauen
- Medikamentöse Beeinflussung des Körperwachstums z.B. durch Hypophysenhormone ohne jeglichen evidenten Nachweis der Wirksamkeit oder der anderen Wirkungen (Nebenwirkungen)
- Anwendung hormoneller Medikamente zur Hinunter- Regulierung des Geschlechtsverhaltens, wie sie im Bereich der Sexualstraftäter angewandt werden
- Anwendung persönlichkeitsverändernder Medikamente
- Anwendung anderer Medikamente zur Veränderung der sekundären Geschlechtsmerkmale, wie z.B. Medikamente zur Behandlung des Herzens

3.2.7 Behandlungskonsequenzen im Handlungsspielraum der medizinischen Definition

- Lebenslange Abhängigkeit aller anderen medizinischen Behandlung, insbesondere hinsichtlich der Hormonersatztherapien, an die personenstandsrechtlichen Eintragungen.
- Im Falle der unzutreffenden Geschlechtszuweisung intersexueller Menschen medizinische Re-Definition der Betroffenen nun als Transsexuelle
- Anlehnung der Behandlung „intersexueller Menschen“ an die Behandlung transsexueller Menschen.
- Anwendung der auf dem TSG beruhenden Rechtsprechung hinsichtlich Renten-, Sozial-, Versicherungs-, etc. Recht auf intersexuelle Menschen
- Weigerung der Erwachsenenmedizin, evidente Studien zur Wirksamkeit und zu den metabolischen Konsequenzen paradoxer Hormonersatz- und anderer ergänzender Therapien zu fertigen
- Die Ablehnung der „Erwachsenmediziner“, sich an der Erneuerung der Behandlungspraktiken aktiv zu beteiligen und das Desinteresse der Erwachsenen- Medizin, sich an Studien mit pädiatrischer Zielrichtung zu beteiligen. Die wird sehr deutlich am Projekt Klinische Evaluationsstudie: Medizinische und chirurgische Behandlungsergebnisse, psychosexuelle Entwicklung und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit Störungen der Geschlechtsentwicklung (Studienleitung: Prof. Dr. med. U. Thyen (Lübeck)).

Die vorgenannten Fehlverhalten bei medizinischen Eingriffen hinsichtlich Intersexualität durch medizinisches Personal sind belegbar und auch durch bereits öffentlich erfolgte richterliche Rechtsprechung bewiesen.¹⁵ Die von den Berichterstatterinnen beklagten Probleme sind auch der Bundesregierung bekannt und von Seite Betroffener nachweisbar mitgeteilt worden. Es irritiert daher die von der medizinischen und rechtlichen Behandlungspraxis betroffenen Menschen, dass die Bundesregierung nichts von dieser Praxis weiß.

Die Betroffenen beklagen, dass diese Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte, die Selbstbestimmungsrechte und die gesundheitlichen Rechte nur unter Bruch und durch lebenslange Einschränkung einer Vielzahl anderer Rechte durchgeführt werden können. Hinsichtlich anderer Rechte, so besonders drastisch im Falle der lebenslangen paradoxen Hormonersatztherapie, wird das Versicherungsrecht so erheblich eingeschränkt, dass intersexuelle Menschen **nicht** in den Genuss dieser Rechte kommen können.

4. Artikel 16 (Ehe und Familie)

Artikel 16 lit. d CEDAW macht nicht nur eine grundsätzliche Aussage über Rechte und Pflichten der Eltern, sondern auch über die Vorrangigkeit des Kindeswohls (vgl. hierzu auch Art. 3 CRC), denn dort heißt es: *„gleiche Rechte und Pflichten als Eltern, ungeachtet ihres Familienstandes, in allen ihre Kinder betreffenden Fragen; in jedem Fall sind die Interessen des Kindes (das Wohl des Kindes) vorrangig zu berücksichtigen“*.

4.1 Verletzung des Vorrangs des Kindeswohls und der Schutz der Identität des Kindes

Die Berichterstatterinnen sind der Rechtsauffassung, dass nach Art. 16 lit. d sowie auch nach Art. 5 lit. b CEDAW das Recht zur Kindeserziehung zwar den Eltern zusteht. Dabei ist aber stets das Kindeswohl vorrangig zu berücksichtigen. Die vorübergehende Verunsicherung der Eltern über die körperlich-geschlechtliche Uneindeutigkeit ihres Kindes ist hinzunehmen, um das Recht ihres

¹⁵ Beispiele hierfür sind: Michel Reiter 722UR III302/00 v. 2001; 1 BVR 390/03 v.29.10.2003, Verfahren CJClüsserath; 2 BVR 1833/95, eine TS mit IS Hintergrund.

Kindes auf freie und informierte Einwilligung, welches auch dem Schutz seiner Identität (vgl. Art. 8 (1) CRC) dient, zu gewährleisten. Nach Ansicht der Berichterstatterinnen kann die Verunsicherung der Eltern nicht über das Leben und die Gesundheit des Kindes gestellt werden, zumal die geschlechtverändernden medizinischen Eingriffe irreversible und ungewisse Folgen haben.

Nach Artikel 2 lit. c CEDAW ist jeder Frau gesetzlicher Schutz zu gewährleisten. Dies gilt auch für Kinder, denn nach Art. 24 (1), ICCPR (Zivilpakt) hat jedes Kind einen Rechtsanspruch auf den Schutz durch Familie, Gesellschaft und Staat vor geschlechtlich bedingter Diskriminierung. Soweit es - wie bei der chirurgisch- medikamentösen Geschlechtszuweisung - um medizinisch aufschiebbare Entscheidungen geht, muss das diskriminierungsfreie Recht des intersexuellen Kindes auf freie und informierte Einwilligung auch vor den Eltern geschützt werden. In der Bundesrepublik Deutschland wird intersexuellen Kindern dieser Schutz versagt. Nach Ansicht der Berichterstatterinnen ist der Staat verpflichtet, Kinder vor allen Formen - auch vor nicht vorsätzlichen - von Gewalt und Schadenszufügung zu schützen (Art. 19 CRC). Auch bei diesem Menschenrecht darf es keine geschlechtliche Benachteiligung geben. Die Anwendung von Kastration, Genital-Plastiken und medikamentöser Veränderung der körpereigenen Entwicklungspotentiale während und nach der Phase der körperlichen Entwicklung bei intersexuellen Menschen sind wirksame Mittel der „geschlechtlichen Benachteiligung“ mit für die Betroffenen lebenslanger Wirkung. Das so genannte Bougieren¹⁶ wird von den Betroffenen als sexueller Missbrauch empfunden und führt angesichts der über Jahre postoperativen Schmerzzustände regelmäßig zu schwerster Traumatisierung.

4.2 Widerrechtliche Durchsetzung des Schweigens und die Verweigerung von Akteneinsicht

Von medizinischer Seite wurde und wird den Eltern vermittelt, dass die Erziehung ihres geschlechtlich veränderten Kindes restriktiv in dem hergestellten Zielgeschlecht zu erfolgen hat. Darüber hinaus werden die Eltern aufgefordert, dem Kind lebenslang jede Information hinsichtlich der Eingriffe wie auch seiner wahren geschlechtlichen Grundlagen vorzuenthalten. Die medizinische Begründung für dieses Vorgehen liegt in der geschlechtlich- sozialen Sicherheit, die das Kind im hergestellten Geschlecht entwickeln soll. Darüber hinaus wird den Betroffenen, als weitere Rechtfertigung, von der Medizin, in deren Fach- und Lehrliteratur unterstellt, dass sie zu Dissozialität neigen, psychisch labil und häufig mental retardiert seien. Die intersexuellen Berichterstatterinnen bewerten diese Pauschal- Aussagen als mit ihrer Würde als Mensch (Art. 1 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte) nicht vereinbar.

Die absolute Verschwiegenheit gegenüber Frauen, bezüglich ihrer früheren intersexuellen Beschaffenheit und die Verweigerung von Akteneinsicht in medizinische Akten verstoßen gegen die Rechte auf gesundheitliche Aufklärung und auf gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdiensten (vgl. Art. 10 lit. h und 12 (1) CEDAW). Nach Art. 8 (2) CRC ist der Staat, wenn die Identität eines Kindes verletzt worden ist, verpflichtet, angemessenen Beistand und Schutz zu gewähren, so dass die Identität schnellstmöglich wiederhergestellt werden kann.

4.3 Gleiches Recht auf Eheschließung

Artikel 16 CEDAW garantiert das gleiche Recht auf Eheschließung. Alle unter den Schutzbereich dieser Konvention fallenden Menschen dürfen hinsichtlich der Eheschließung also nicht benachteiligt werden. Dies gilt daher ebenso für solche intersexuellen Menschen, deren Geschlecht falsch bestimmt und zugewiesen wurde.

¹⁶ Das gewaltsame Erweitern einer künstlich angelegten Scheide, mit im Durchmesser zunehmenden Stäben, zum Zwecke die Körperöffnung bis zum adulten Alter für die Penetration mit dem Penis des Mannes vorzubereiten.

Der daraus möglicherweise entstehende personenstandsrechtliche Widerstreit, der durch die angeborene, individuelle, geschlechtlich- biologische Realität der intersexuellen Menschen bestimmten Geschlechts- bzw. Ehepartnerwahl und der infolge der personenstandsrechtlich manifestierten geschlechtlichen Falschzuweisung resultierende personenstandsrechtlich vorgeschriebene Geschlechts-Ehepartner ist daher durch besondere Gesetzgebung zu beheben. Im Sinne einer Heilung kann hier jedoch nicht die Anwendung der Lebenspartnerschaft¹⁷ oder die Transsexualisierung¹⁸ der intersexuellen Menschen verbietet sich durch die unterschiedlichen medizinisch- wissenschaftlichen Ätiologien und Genesen von selbst. Die Lebenspartnerschaft würde diesbezüglich auch nicht greifen, da sie allein schon steuerrechtlich eine Benachteiligung zwischengeschlechtlicher Menschen beinhalten würde.

Die Falschzuweisung ist durch die geschlechtliche Fremdbestimmung ein Bruch des „Menschenrechts auf reproduktive Selbstbestimmung“ (Art. 16 (1) lit. e CEDAW).

5. Sondermechanismen

5.1 Eine Möglichkeit der Aufarbeitung: Wahrheitskommission zur Aufklärung der Verletzung der Frauen- und Menschenrechte intersexueller Menschen

Durch das Verschweigen der Zwischengeschlechtlichkeit während des Nationalsozialismus und später nach Prof. Dr. John Money's „Standard“ ist eine ganze Bevölkerungsgruppe aus der Wahrnehmung und aus dem Gedächtnis der Bevölkerungsmehrheit ebenso wie der Angehörigen dieser Minderheit selbst nahezu vollständig getilgt worden. Zum Schutz der zwischengeschlechtlichen Menschen ist es entscheidend, dass diese in der Öffentlichkeit wahrgenommen und die Kenntnis der an ihnen verübten Menschenrechtsverletzungen und des dadurch entstandenen Leids zur Allgemeinbildung werden, damit sich diese Menschenrechtsverletzungen nie wiederholen können. Dafür braucht es entschlossene Schritte. Die Berichtstatterinnen sehen das Instrument einer Wahrheitskommission als besonders geeignet an. Nach dem Vorbild der kanadischen Wahrheitskommission zur Aufarbeitung der Menschenrechtsverletzungen in den indigenen Umerziehungsinternaten sollte dazu ein staatlich finanzierter Ausschuss von Historiker/innen in Zusammenarbeit mit zwischengeschlechtlichen Menschen gehören. Die Finanzierung von Schadensersatz und Schmerzensgeld sollte im Rahmen dieser Wahrheitskommission über einen aus Steuermitteln und Beiträgen der Ärztevereinigungen gespeisten Fonds erfolgen - mit Rückgriffmöglichkeit des Fonds gegenüber den tatsächlichen Schädigern. In Anlehnung an die südafrikanische Wahrheitskommission sollte in den Fällen, wo deutsche Strafgesetze verletzt worden sind, eine deutliche Strafmilderung, aber keine vollständige Strafbefreiung erreicht werden können unter der Voraussetzung der vollständigen Offenlegung aller Patientenakten gegenüber den jeweiligen Patientinnen und gegenüber der Historikerkommission sowie bei Unterstützung der Patienten zu Wiederherstellung ihrer Gesundheit. Zahllose Mediziner haben sich in gutem Glauben oder aus Angst, durch Wegschauen und Schweigen zu Komplizen gemacht. Daher erscheint eine Milderung im Gegenzug zur öffentlichen Aufarbeitung vertretbar.

¹⁷ Lebenspartnerschaft meint das Gesetz zur Verpartnerlichung homosexueller Lebensgemeinschaften. Die Lebenspartnerschaft ist der Ehe rechtlich jedoch nicht gleichgestellt.

¹⁸ Transsexualisierung meint die fälschliche Einordnung intersexueller Menschen als Transsexuelle. Diese ist jedoch falsch: Transsexuelle Menschen treffen eine selbstbestimmte Entscheidung über die Anpassung ihres äußeren Erscheinungsbildes an das innere Geschlecht, während intersexuellen Menschen ein Geschlecht zwangsweise zugewiesen wird.

6. Forderungen / Empfehlungen

6.1 Die Forderungen der Betroffenen

1. Unterlassen irreversibler chirurgischer und medikamentöser Eingriffe, so lange ihnen keine lebensbedrohliche Indikation zugrunde liegt.
2. Kosmetische Eingriffe nur mit ausdrücklichem Einverständnis des Betroffenen unter vollständiger zu dokumentierender, schriftlicher Aufklärung.
3. Die behandelnden Mediziner haben den Betroffenen unaufgefordert bei Entlassung eine vollständige Kopie der dortigen Krankenakte auszuhändigen.
4. Die behandelnden Mediziner haben, insbesondere bei Organentfernungen, den Patienten über alle gegenwärtigen und zukünftigen Risiken des Eingriffs aufzuklären.
5. Insbesondere ist Medizinern die Verpflichtung aufzuerlegen, die aus dem Eingriff resultierende Medikamententherapien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und ihrer Risiken schriftlich gegenüber dem Betroffenen zu erklären.
6. Bildung von spezialisierten Kompetenzzentren zur Behandlung intersexueller Menschen.
7. Ausbildung von auf Intersexualität spezialisierten Fachkräften in allen Disziplinen.
8. Bildung von Beratungsteams für Eltern bei Fällen von Intersexualität, bestehend aus Medizinerinnen, Psychologinnen und Betroffenen.
9. Flächendeckende Einrichtung von Beratungsstellen, die mit Betroffenen besetzt sein sollten.
10. Besondere finanzielle und strukturelle Förderung geeigneter Selbsthilfegruppen.
11. Einsetzen geeigneter Betroffener als Beobachter von Studien zur Intersexualität.
12. Umfassende Evaluierung der Wirkungen und Machbarkeit lebenslanger paradoxer Hormonersatztherapien unter dem Aspekt der Berücksichtigung des Lebensalters (ggf. Eintrag der Indikation in die Zulassung des jeweiligen Medikamentes).
13. Umfassende Evaluierung der Wirkungen lebenslanger chromosomal und altersgemäßer adäquater Hormonersatztherapien (ggf. Eintrag der Indikation in die Zulassung des jeweiligen Medikamentes).
14. Einarbeitung des Begriffes der Intersexualität in das Recht.
15. Aufhebung der Verjährungsfristen hinsichtlich der ursächlichen Eingriffe, da durch die vielfach dokumentierte vorsätzliche Zurückhaltung der Krankenunterlagen und der damit verbundenen Diagnosen, Betroffene durch die staatlich geförderte Fortsetzung eines Rechtsbruchs weiter in ihren Rechten geschädigt würden.
16. Studien , die sich mit dem Lebenslauf intersexueller Menschen beschäftigen und Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation dienen, müssen wieder aufgenommen werden
17. Bei Neugeborenen mit uneindeutigen Geschlechtsmerkmalen hat beim Standesamt ein lediglich provisorischer Geschlechtseintrag zu erfolgen. Geschlechtsneutrale Vornamen sind zulässig.

6.2 Notwendige Hilfsprogramme für Betroffene

1. Einrichtung eines Hilfs- und Entschädigungs-Fonds für Betroffene (nach dem Vorbild der Entschädigung für die Opfer der kanad. „residential schools“).
2. Generelle Aufstockung der Rentenbeiträge aller Betroffenen auf das durchschnittliche mittlere

Rentenbeitrags-Niveau. Intersexuellen wird durch Traumatisierung und Hormonbehandlung Zeit für ihr berufliches Fortkommen genommen.

3. Rentenrechtliche Regelung für intersexuelle Menschen allgemein, und spezielle Regelung für von geschlechtszuweisenden Maßnahmen Betroffener.
4. Einrichtung eines Rehabilitationsplanes und eines entsprechenden Zentrums zur unter Umständen möglichen Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit.
5. Befreiung von Zuschlägen in der Krankenversicherungsbeiträgen und jeglichen Zuzahlungen.
6. Erstellung einer Tabelle zur Feststellung des durch die Behandlung/ Nichtbehandlung/ Falschbehandlung verursachten Grades der Behinderung.
7. Eröffnung und wirtschaftliche Ermöglichung eines besonderen Zugangs Betroffener zu Bildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen zum Zwecke des Ausgleichs, der durch die Gesellschaft erlittenen Suppressionen der sozialen und beruflichen Kompetenz (REHA)

Addendum: Case Studies (Anhang: Fallbeispiele)

Der Parallelbericht enthält Anlagen mit Fallberichten sowie Aufsätzen und wissenschaftlichen Arbeiten, die verschiedene Positionen in der zwischen-geschlechtlichen Gemeinschaft deutlich machen.

- 1. Fallbericht Nella (S. 22)**
- 2. Fallbericht Christina T. (S. 27)**
- 3. Der “ Behandlungsstandard“ nach Dr. John Money (S. 31)**
- 4. Linksammlung (S. 33)**
- 5. Text von Prof. Dr. Milton Diamond und Ass. Prof. Hazel Glenn-Beh: “Ein zum Vorschein kommendes ethisches und medizinisches Dilemma: Sollten Ärzte geschlechtsangleichende Operationen an Kleinkindern mit uneindeutigem Genitalien durchführen?” (S. 35)**
- 6. Intersexualität. Die alltägliche Folter in Deutschland. Ein Forschungsbericht. Humboldt- Universität zu Berlin (S. 87)**
- 7. Antworten der Bundesregierung auf die Kleinen Anfragen (S. 126)**

Anlage 1

Fallbericht Nella

Beurteilt, zugewiesen und verwaltet: ein Leben aus der Krankenakte

Von Anfang an keine Chance

Ich bin 1965 mit einem schweren Herzfehler und uneindeutigem Genitale geboren. Aufgrund des Herzfehlers wurde ich ein paar Tage nach meiner Geburt notgetauft, da die Mediziner davon ausgingen, dass ich nicht lange überleben würde. Sie behielten mich in der Folge im Krankenhaus, meine Eltern durften mich nicht nach Hause nehmen. Mein Vater musste arbeiten, meine Mutter reiste so oft wie möglich aus dem weit entfernten Bergdorf in die Stadt, durfte mich jedoch nur durch eine Glasscheibe anschauen.

Als meine Eltern mich nach drei Monaten endlich nach Hause nehmen durften, war ich gezeichnet von den Folgen eines Hospitalismus¹⁹. Ich hätte so schlimm ausgesehen ("nur Augen und Nasenlöcher"), dass sie sich geschämt habe, mit mir im Dorf spazieren zu gehen, erzählt meine Mutter immer wieder.

Die Mediziner begründeten diese Maßnahme mit der Infektionsgefahr aufgrund des Herzfehlers. Während diesen drei Monaten wurden gemäß Krankenakte auch verschiedene Untersuchungen aufgrund meines uneindeutigen Genitales durchgeführt, wobei festgestellt wurde, dass sich im Bauchraum Hoden befanden und ich über einen männlichen Chromosomensatz verfüge.

Der Befund meines äußeren Genitales:

„Prima vista aussehend wie bei AGS. Der Penis ist 2 cm lang, das Scrotum nicht ausgebildet, sondern in Form von zwei Labia majora vorhanden. Kein Sinus urogenitalis, beim Perineum befindet sich die Mündung der Urethra. Diese ist nicht stenosiert, sie weist dorsalseits eine reizlose Narbe auf.“

Trotz meines lebensbedrohenden Herzfehlers wurde ich Anfang September 1965 im Alter von 2 1/2 Monaten kastriert, was aus zwei Sichtweisen unverständlich ist: Diese Operation barg einerseits aufgrund meines Herzfehlers ein großes Risiko. Andererseits machte sie aufgrund der angenommenen geringen Lebenserwartung keinen Sinn. Es liegt also nahe, dass die Ärzte in Kauf genommen haben, dass ich an den Folgen der Narkose und des Eingriffs sterbe, dass ihnen das 'Experiment' wichtiger war.

Die durchgeführte Kastration wurde ohne Einwilligung meiner Eltern vorgenommen und sollte ihnen in der Folge verschwiegen werden. Die Ärzte entschieden sich dann doch anders:

¹⁹ "Unter Hospitalismus (ursächlich auch Deprivationssyndrom genannt) versteht man alle negativen körperlichen und seelischen Begleitfolgen eines längeren Krankenhaus- oder Heimaufenthalts. Dies beinhaltet auch mangelnde Umsorgung und lieblose Behandlung von Babys und Kindern, in der Psychiatrie Symptome infolge von Heimaufenthalt, oder durch Folter oder Isolationshaft. Der Ausdruck Deprivationssyndrom stammt vom Begriff Deprivation, lateinisch deprivare - berauben in Bezug auf Reize und Zuwendung." (<http://de.wikipedia.org/wiki/Hospitalismus>)

Vgl. auch Deprivationssyndrom: "Als Deprivation (auch Deprivationssyndrom, anaklitische Depression) bezeichnet man in der Pädiatrie (Kinderheilkunde) die mangelnde Umsorgung und fehlende Nestwärme bzw. Vernachlässigung von Babys und Kleinkindern. Hospitalismus tritt häufig in Krankenhäusern, Säuglingsstationen und Heimen auf. Dauert die Deprivation länger an, kommt es zu psychischem Hospitalismus und zur Unfähigkeit, soziale Kontakte aufzubauen, dem Autismus ähnelndem Verhalten oder zu Sprachstörungen." (<http://de.wikipedia.org/wiki/Deprivation>)

"Entgegen dem früheren Entschluss, den Eltern nichts über die genitale Situation zu sagen, kamen wir nach reiflicher Überlegung überein, den wahren Sachverhalt trotzdem mit den Eltern zu besprechen, insbesondere da eine gesteuerte Nachkontrolle über die nächsten 20 Jahre nicht gesichert ist.

(...)

2. Ihr Kind sei ein Mädchen und dieses Geschlecht sei ein für allemal festgesetzt.

3. Bei der Operation hatte sich folgender Befund gezeigt: es sei kein Uterus vorhanden gewesen, die Keimdrüsen seien missgebildet gewesen und hätten entfernt werden müssen. Die Vagina sei kurz.

4. Während der Pubertät, d.h. mit etwa 10 – 11 Jahren, müsse das Kind unbedingt strengstens überwacht werden, und es müsse zur rechten Zeit mit einer hormonellen Behandlung eingesetzt werden.

5. Nach der Pubertät müsse eine weitere korrektive Operation (gemeint Vaginalplastik, die Details wurden selbstverständlich nicht mit den Eltern besprochen) durchgeführt werden."

(17. September 1965)

An anderer Stelle heißt es (und natürlich ist wie üblich von 'Eierstöcken' und nicht von 'Hoden' die Rede):

"Besprechung mit Eltern: Entgegen dem früheren Entschluss kamen wir überein, dass man den Eltern doch sagen muss, dass das Kindlein kastriert werden musste und in der Pubertät streng überwacht werden müsste, da die Nachkontrolle eben nicht gesichert ist und die Mutter eine Italienerin ist und ev. zu einem späteren Zeitpunkt nach Italien verschwinden kann."

Die Kastration wurde später als Fehler beurteilt:

"7. Weiteres Procedere: Ich habe den Fall unmittelbar nach der Cystoskopie nochmals mit Herrn Prof. (...) besprochen. Es liegt seiner Ansicht nach ein männliches Geschlecht mit Hypospadie vor. Obwohl er selbst bei der früheren Beurteilung und vor der Castratio anwesend war, glaubt er retrospektiv doch, dass ein Fehler begangen wurde. Die Situation ist nun jedoch so, dass auf diesem Wege fortgefahren werden muss und aus dem kleinen Patienten ein Mädchen gemacht werden muss. Zur Frage der Vaginalplastik äussert er sich so, dass diese sobald wie möglich durchgeführt werden sollte und nicht erst dann, wenn sich das Kind darüber im Klaren wird."

Fazit: Ich wurde im Alter von nur 2 1/2 Monaten trotz eines lebensbedrohenden Herzfehlers ohne die Einwilligung meiner Eltern kastriert und die Kastration stellte sich später als Fehler heraus!

Lügen und Halbwahrheiten

Die Mediziner haben meine Eltern angelogen und in der Folge angewiesen, wie sie mich zu erziehen hätten:

"Das Kind ist ein Mädchen und wird es bleiben, die ganze Erziehung hat sich danach zu richten. Mit niemandem ausser den Eltern u. dem Arzt (...) soll über die Geschlechtsfrage weiter diskutiert werden."

Meinen Eltern wurde verschwiegen, dass ich chromosomal männlich bin und dass man meine Hoden entfernt hatte. Natürlich wurde ihnen auch verschwiegen, dass man einen Fehler gemacht hatte. Meine Eltern wurden also in der Folge systematisch belogen:

"Die Eltern fragten dann natürlich ob das Mädchen Kinder haben könne, und es wurde gesagt, dass dies fraglich sei."

oder mit absurden Halbwahrheiten abgespiesen:

"Beide Eltern sind übrigens gut orientiert über die Situation. Sie wissen, dass Daniela ein Mädchen ist, und dass es ein Mädchen bleiben wird. Sie wissen, dass man die missgebildeten Ovarien entfernen musste, da sonst die Gefahr einer Virilisierung bestanden hätte; (...)." (3.2.72)

Erstens hatte ich nie Eierstöcke und zweitens kann man mit Eierstöcken nicht vermännlichen!

Auch ich wurde permanent belogen und mit unsinnigen Aussagen 'ruhig gestellt':

"21.8.79 Daniela ist beunruhigt wegen ausbleibender Menses, ob dies nicht schaden könne. Erklärt, dass Gebärmutter so klein sei, dass keine Menses zu erwarten seien. Es schade nichts, wenn Frauen keine Menses hätten."

Genitalkorrektur und Herzoperation

Ich wurde dann doch älter als vorgesehen. Ich war sieben Jahre alt, als die Mediziner sich dazu entschlossen, die komplizierte Herzoperation durchzuführen, obwohl die Prognose nicht sehr gut war:

"Die Operation des Endokardkissendefektes ist an sich sehr schwierig und zeigt eine hohe Operationsmortalität von rund 50 % bei der kompletten Form. In diesem Fall besteht zusätzlich eine Hypoplasie der linken Seite mit wahrscheinlicher Mitralstenose, was die Operationschancen noch weiter verschlechtert. (...) Die Gesamtprognose zusammen mit dem Pseudoherma-phroditismus und dem schweren Vitium schauen wir als nicht sehr gut an. Allerdings kann erfahrungsgemäss keine Dauer angegeben werden. Trotzdem glauben wir nicht, dass das Mädchen das Erwachsenenalter erreichen wird."

Wegen Voruntersuchungen zur Herzoperation war ich im Februar 1972 im Krankenhaus. Aufgrund einer Infektion konnten diese Voruntersuchungen jedoch nicht durchgeführt werden. Und da ich schon mal dort war, wurde kurzerhand mein Genital korrigiert, wie folgender Auszug aus meiner Krankenakte dokumentiert:

"Da die Kardiologen wegen eines interkurrenten Streptococceninfektes den geplanten Herzkatheterismus hinausschieben mussten, haben wir die Gelegenheit benutzt, die schon 1965 geplante Genitalkorrektur vorzunehmen."

Aus dem Bericht nach der Operation vom 10.2.1972:

"Wichtig für den Wochenenddienstarzt: Falls die Eltern Auskunft über die Kleine wünschen, ist es wichtig zu wissen, was den Eltern über das Mädchen von der 'Med. Klinik' gesagt wurde. Es steht in den vorangehenden Seiten unter 'Besprechung mit den Eltern'.

Post. Op.: Kind zeigt die Zeichen des Schocks.Nachblut. Es wird PPL Lsg infundiert. Zudem erbricht das Kind viel. Die starke Bronchitis, die sie seit Tagen hat, lässt leicht nach.Starke Hämatome bds. der Clit()oris. Rechts bläulich-schwärzliche Verfärbung. Beginn einer Nekrose?"

14.2.72. Die Hämatome bds. der Clit()oris sind fluktuierend. Ueber Nacht hat die Kleine wieder nachgeblut()et, tiefer Quick?"

Das Kind hustet nach wie vor stark. Links basal sind einige trockene RG zu hören. kein Fieber."

Schwester "Annemarie" war dann für die Wundversorgung und das „nachts beide Hände anbinden“ zuständig. Neun Tage später ging es schon weiter:

"Heute (19.2.72) wurde Daniela wieder in die Kindermedizin zurückverlegt in der Hoffnung, dass im Laufe der nächsten Woche der Herzkatheterismus durchgeführt werden kann. Wenn die Operationswunde wie bisher weiter komplikationslos abheilt, dürfte für diesen Eingriff, bei dem Inguinal eingegangen werden muss, nichts im Wege stehen."

Fazit: Zum zweiten Mal wurde ich trotz meines lebensbedrohenden Herzfehlers aufgrund meines uneindeutigen Geschlechts operiert! Keine Rede von Infektionsgefahr mehr! Die Mediziner stellten ihre Definitionsmacht über mein Leben!

Verdrängung als Selbstschutz

Als ich die Unterlagen zu dieser Operation in meiner Krankenakte fand, dachte ich zuerst an einen Irrtum, meinte, es müsse sich um Unterlagen aus einer anderen Akte handeln. Ich hatte die Operation komplett aus meinem Gedächtnis gelöscht²⁰, wusste absolut nichts mehr davon. Neben der Erkenntnis, dass ich massiv operiert wurde, hat es mich sehr erschüttert, dass ich das dermaßen verdrängt hatte, weil es zu schrecklich war. Ich habe mich dadurch geschützt, hatte mir sogar eine 'Ersatzerinnerung' zurecht gelegt, die darauf beruhte, dass meine Mutter auf mein Nachfragen sagte, dass man mir nur ein bisschen überschüssige Haut entfernt habe, ambulant.

Am 20.7.1972 wurde ich dann am Herz operiert. Im selben Jahr haben mir die Mediziner also das Leben gerettet und vieles unwiederbringlich zerstört.

Mit achtzehn Jahren wurde eine Vaginalplastik durchgeführt. Diese Operation wollte ich selbst, da mir gesagt wurde, dass ich 'so' keinen Freund haben könne. Ich habe mir aber geschworen, dass es die letzte sein soll und dass ich danach nie wieder zu einem Arzt gehen würde. Ich gehe auch heute nur im äußersten Notfall zum Arzt, gynäkologische Untersuchungen meide ich seit Jahren ganz.

Verlorene Jahre

Heute, mit 42 Jahren, lebe ich immer noch (zäh, wie eine Katze, sagt mein Vater immer) und hatte bisher keine besonderen gesundheitlichen Probleme, wobei man das eigene Erleben nur bedingt mit anderen vergleichen kann. Nun beginne ich mir Gedanken betreffend meiner contrachromosomalen Hormonersatztherapie und den möglichen Folgeschäden zu machen, die sich abzuzeichnen scheinen: seit etwa zwei Jahren habe ich vermehrt Gelenkschmerzen (Rücken, linke Hüfte, Knie, Füße) nach nur einer Stunde spazieren mit Hund (vorher kein Problem), habe oft bleischwere

²⁰ Bei Dissoziationen (auch dissoziative Störungen genannt) handelt es sich um eine vielgestaltige Störung, bei der es zu einer teilweisen oder völligen Abspaltung von psychischen Funktionen wie des Erinnerungsvermögens, eigener Gefühle (Schmerz, Angst, Hunger, Durst, ...), der Wahrnehmung der eigenen Person und/oder der Umgebung kommt."

(...) ([http://de.wikipedia.org/wiki/Dissoziation_\(Psychologie\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Dissoziation_(Psychologie)))

Vgl. auch dissoziative Amnesie: "Das Abkoppeln des expliziten Gedächtnisses von diesem "Eigenleben" der niederen Steuerungsebenen erklärt die bei Traumatisierten häufig beobachtbaren dissoziativen Symptome: das Nicht-Erinnerungsvermögen an Trauma-Situationen nennt man auch dissoziative Amnesie. Die Abtrennung des Großhirns vom Nachrichtenfluss bewirkt, dass keine oder nur wenige sinngebenden Bewertungen vorhanden (bzw. physiologisch möglich) sind und auch kaum etwas im expliziten Gedächtnis gespeichert ist. Da die impliziten Gedächtnisse zustandsabhängig arbeiten, werden die dort gespeicherten Informationen nach dem Ende der Lebensgefahr manchmal nicht mehr aktiviert; sie scheinen "vergessen" (Amnesie). Oder sie werden in bestimmten Situationen aktiviert, scheinen aber sinnlos zu sein, was dann zu Bewertungen durch die Umgebung wie "hochsensibel" führen kann." (<http://www.aufrecht.net/utu/trauma.html>)

Beine, fast täglich Schwindelgefühle, wieder vermehrt Hitzewallungen, Müdigkeit. Ich bin sehr dünn geworden. Vor zwei Jahren hat man bei mir eine Vorstufe zur Osteoporose diagnostiziert. Heute habe ich mit ziemlicher Sicherheit eine Osteoporose. Ich sollte mich deshalb aufraffen und doch wieder mal zum Arzt gehen.

Meine psychischen Probleme konnte ich zum größten Teil in einer Psychoanalyse (seit sieben Jahren in Behandlung) aufarbeiten. Ich werde jedoch mein Leben lang unter den Folgen dieser menschenverachtenden Behandlung leiden. Ich bin weder Mann, noch Frau, aber vor allem bin ich auch kein Zwitter mehr. Ich bleibe Flickwerk, geschaffen von Medizinern, verletzt, vernarbt. Ich muss mich neu erfinden, wenn ich weiter leben will.

Heute habe ich dank Jahre langer Psychoanalyse meinen inneren Frieden gefunden, kann wieder Nähe und Liebe zulassen. Und dennoch ist es schwierig. Ich fühle mich wie jemand, der nach vierzig Jahren aus dem Koma erwacht ist, seine Hände betrachtet und realisiert, wie die Zeit vergangen ist und wie wenig er vom Leben hatte. Mein körperlicher Urzustand ist unwiederbringlich verloren. Meine Identität, meine Würde wurden mir genommen. Nun mache ich mich auf, um sie mir wieder zurück zu erobern!

Anlage 2

Fallbericht Christine T.

Männliche Geschlechtszuweisung und Zwangskastration bei Adrenogenitalem Syndrom (AGS) mit 21-Hydroxylase- Defekt (Salzverlustsyndrom) und XX-chromosomalem Geschlecht

Ich bin als zweitjüngstes von sieben Kindern eines Architekten und einer Hausfrau zur Welt gekommen. Bei meiner Geburt war die Hebamme zunächst unsicher, ob ich ein Junge oder ein Mädchen sei, bis sie mich aufgrund des genitalen Befundes als Jungen klassierte. Ich wurde also als Junge, obwohl keine Hoden vorhanden waren, beim Standesamt angemeldet, also männlich zugewiesen, und als Junge erzogen.

Tatsächlich war das, was die Hebamme für ein männliches Geschlechtsteil angesehen hatte, eine ungewöhnlich verlängerte Klitoris, an deren Unterseite die fehlgebildete Harnröhre mündete, was als Hypospadie bezeichnet wurde. Dies bezeichnet mein männlichen Kind und Heranwachsenden den Zustand, bei dem die Harnröhre nicht an der Penisspitze, sondern irgendwo vorher austritt. Tatsächlich lag (und liegt) bei mir nur ein sogenanntes Adrenogenitales Syndrom (AGS) mit 21-Hydroxylase- Defekt vor bei (ehemals) eindeutig gesunden und vollständigen XX-chromosomalen Gonaden. Genetisch/biologisch bin ich also völlig eindeutig Frau, bzw. weiblichen Geschlechtes, die jedoch unter einem Mangel des Enzyms 21-Hydroxylase leidet, was einen Mangel der lebenswichtigen Hormone Cortisol und Aldosteron zur Folge hat. Hieraus wiederum folgt die übermäßige Produktion von Androgenen, die zu einer Virilisierung der Klitoris führt.

Erstmals nach einer Blinddarmoperation wurde ich urologisch untersucht und wegen eines vermeintlichen Leistenhodens in der Urologie Kleve operiert. Nach dieser Operation wurde ich als 17-jährige vom Hausarzt meiner Eltern über meinen genitalen Befund folgendermaßen informiert:

"Du bist kein Mann. Du bist auch keine Frau. Du bist ein Zwitter. So ein Fall wie dich gibt es nur eins zu einer Million Geburten pro Jahr auf dieser Welt. Das kann man nicht heilen. Da kann man nichts machen. Damit musst du leben." Er begann höhnisch zu lachen: " So Menschen wie dich hat man früher auf dem Jahrmarkt ausgestellt und damit Geld verdient. Das kannst du ja auch mal ausprobieren. Da bist du eine Sensation, eine Kuriosität!"

Diese inhumane und äußerst brutale Befundmitteilung stürzte mich in eine tiefe Depression und erzeugte in mir Selbstmordabsichten. Mit Hilfe meiner damals in Köln lebenden älteren Schwester kam ich dann im November 1976 in die Klinik Köln-Merheim, wo ich mich vom 29.11. - 20.12.1976 und vom 25.07. - 23.08.1977 aufhielt.

Nachdem bereits in der urologischen Abteilung des Krankenhauses Kleve weder äußerlich noch im rechten Leistenkanal bis hin zur Blase Hoden oder Samenstrang auffindbar waren, wohl aber ein ovarförmiges Gebilde mit Fimbrien, ergab auch die Untersuchung in der Pathologie auf Veranlassung des Köln-Merheimer Krankenhauses, dass in den zur Befund übersandten Gewebeprobeen kein Hodengewebe, wohl aber Tube, Nebenhoden und Ovar zu finden waren. Die Universitäts-Frauenklinik Köln nahm eine Chromosomenanalyse vor, deren Ergebnis unter dem 12.12.1976 eine normale weibliche chromosomale Konstitution (46,XX) ergab.

Obwohl die mich behandelnden Internisten eine "Laparotomie" angemeldet hatten, urolog. Konsil, erfolgte am 12.08.1977 durch den Oberarzt der Chirurgie, der gleichzeitig Leiter der urologischen Abteilung des Köln-Merheimer Krankenhauses war, eine "Testovarektomie bei Pseudohermaphroditismus", Anästhesiebericht, über deren Verlauf festgehalten wurde:

"Laparotomie am Freitag, den 12.08.1977. ... normale weibliche Anatomie mit präpuberalem Uterus, normal große Ovarien, Vagina endet blind... Entfernung aller intraabdominellen Genitalorgane... Es liegt damit kein Hermaphroditismus vor. Ursache der Virilisierung entweder AGS oder NNR-Tumor."

Die Pathologie berichtete dem obig genannten Operateur über den Befund des entnommenen Organes: " 6 x 3 x 2 cm großer Uterus mit glatter Portio, einem schmalen Endometrium sowie Myometrium. Der Corpusteil des Organes ist hypoplastisch. Beiderseits anhängend je ein knapp pflaumengroßes Ovar mit ... Zysten".

Der Oberarzt der Chirurgie und gleichzeitiger Leiter der Urologie hat mir also damals als 18-jährige, dem Gesetz nach bereits Volljährige, meine normalen weiblichen Geschlechtsorgane völlig grundlos, ohne Aufklärung, ohne meine explizite Unterschrift/Einwilligung und somit eigenmächtig operativ entfernt. Über das Ergebnis der Operation und die dabei getroffenen Feststellungen bin ich niemals unterrichtet, sondern in dem Glauben gelassen worden, mir sei entartetes gonadales Gewebe, bzw. eine Art Tumor entfernt worden. Bei vollständiger und korrekter Aufklärung und mit angemessener therapeutischer Behandlung des adrenogenitalen Syndroms hätte ich, die auch psychologischer Betreuung bedurft hätte (diese wurde mir durch den Oberarzt der psychosomatischen Abteilung der Uni-Klinik Köln-Lindenthal mit Absicht vorenthalten, psychosomatische Exploration, 03.08.1977), eine erfüllte weibliche Sexualität, das Leben einer Frau und Mutter erleben können.

Dies alles wurde mir durch die Genitalverstümmelung, bzw. durch die an mir nachgewiesenermaßen durchgeführte Zwangskastration mit Absicht zerstört. Die unterlassene Aufklärung, die fehlende Einverständnis, die Geheimhaltung, die gegen jedes Patientenrecht widerrechtliche Medizin-Politik des "Nichtwissens" und Falschaufklärung ergibt sich auch aus dem Schreiben des mich damals behandelnden Oberarztes der Inneren Medizin des Krankenhauses Köln-Merheim an das Kreiswehrrersatzamt Krefeld. Unter dem Datum vom 05.06.1979 (!) wird u.a. vermerkt:

"Der Patient ist genotypisch weiblich und die normalen weiblichen inneren Organe wurden hier operativ entfernt. Ich bitte um unbedingte Berücksichtigung der Tatsache, dass Herr V. über das Ausmaß der Erkrankung noch nicht vollständig informiert ist. Die obig genannten Diagnosen dürfen ihm auf keinen Fall mitgeteilt werden".

Aus diesem Schreiben ergibt sich ebenfalls die absichtliche "Nichtinformation" seitens der damaligen Ärzte über die damals bereits bestehende sowohl hormonelle als auch chirurgische Anpassung an das weibliche Geschlecht. Dies hatte zur Folge, dass ich mich im weiteren Verlauf völlig überflüssiger Harnröhrenkonstruktionen unterzogen habe, bzw. dass ich seitens der mich damals behandelnden Ärzte eine chirurgisch-urologische und hormonelle Geschlechtsumwandlung untergeschoben bekam (FzM), wobei die für mich lebensnotwendige und lebenslängliche Hormonersatztherapie (Kortison- und Testosteronabgabe) erst zwei Jahre nach Diagnosestellung meines AGS und meiner widerrechtlichen Kastration begann. Somit stellt das absichtliche Vorenthalten meiner für mich lebensnotwendigen Medikamente durch die damals mich behandelnden Ärzte für die Dauer von nachweisbar zwei Jahren den Tatbestand des Mordversuches dar. Also war ich darüber hinaus für die damaligen Ärzte ein medizinisch- menschliches Experiment mit der Fragestellung: Wie lange schafft es ein AGS-Körper, eine AGS-Betroffene, ohne Kortison zu überleben?

Die Harnröhrenkonstruktionen, die mir untergeschobene FzM- Geschlechtsumwandlung und die widerrechtliche Entnahme meiner gesunden weiblichen Organe/meine Zwangskastration hatten folgende Konsequenzen: Ich leide unter chronischen, nahezu antibiotikaresistenten Harnwegsinfektionen mit chronischen, schmerzhaften Harnblasenentleerungsstörungen und Restharnbildung. Es bildete sich an meinem weiblich angelegten Körper sogenanntes Kastratenfett. Mein von Natur aus weiblicher Körper wurde durch den Ausfall der körpereigenen

Hormonproduktion und die Gabe von Testosteron vermännlicht. Die ursprünglich weibliche Stimme vermännlichte. Es bildete sich mit der Zeit eine stark ausgeprägte männliche Stirnglatze und starker Haarausfall sowie eine männliche Körperbehaarung, insbesondere Bartwuchs. Meine Haut entwickelte eine mannestypisch vermehrte Talgproduktion mit Aknebildung.

Aus einer nahezu gesunden jungen Frau, also ich, die bis zum Eintritt der Volljährigkeit (das Volljährigkeitsalter war von vorher 21 Jahren zum 01.01.1975 auf 18 Jahre herabgesetzt worden, BGBl I 1713) fälschlicherweise als Junge aufgewachsen war, wurde durch den nachgewiesenermaßen widerrechtlichen operativen Eingriff, die Zwangskastration, und die gegen jedes geltende Patientenrecht und die Grundgesetze dieses Landes verstoßende, bzw. die widerrechtliche Medizin-Politik der absichtlichen Geheimhaltung und Falschaufklärung sowie nachgewiesenermaßen unterlassenen Hilfeleistung ein erheblich defekter "Mann" konstruiert. Ich wurde gezwungen von 1977 bis 2006 und darüber hinaus ein falsches Leben zu führen, nämlich als Frau dasjenige eines Mannes. Erfüllte Partnerschaft, erfüllte Sexualität, mein Recht auf Mutterschaft und die Möglichkeit eine Familie aufzubauen sind mir auf diese Art und Weise genommen und zerstört worden.

Erst durch Einsicht in meine Krankenunterlagen im November 2006, die ich aufgrund dringender hormoneller und chirurgischer Weiterbehandlung anforderte, wurde die ganze Wahrheit, bzw. die schwere und gefährliche Körperverletzung (§ 224 und § 226 STGB), die permanente Verletzung und Verstöße gegen geltendes Patientenrecht, der Verstoß gegen das Kastrationsgesetz, und die massiven Verstöße gegen die Grundgesetze dieses Landes und die Menschenrechte durch die mich damals behandelnden Ärzte offenbar.

Nunmehr im Alter von 48 Jahren beginne ich damit die Frau zu werden, die ich von Natur aus schon immer war. Die verlorene Jugend und das Leben einer Frau mit 20 oder 30 Jahren kann mir dies nicht zurückbringen. Es kann auch niemals wieder gut gemacht werden, was ich als 17- und 18-jährige im Krankenhaus erlitten habe:

- Vermessung von Becken- und Schädelumfang sowie Arm- und Beinlängen ohne irgendwelche Angaben von Gründen,
- die öffentliche Vorführung vor Studenten der Medizin mit der Aufforderung mich vollständig zu entkleiden,
- erzwungene Ganzkörperröntgenaufnahmen und Nahaufnahmen meines intersexuellen Genitales,
- entstellende Operationsnarben im gesamten Unterbauch- und Intimbereich.
- Erzwungene Exploration durch den damaligen Oberarzt der Psychosomatik der Uni-Klinik Köln-Lindenthal zur Ausleuchtung meiner sexuellen Orientierung und Verhaltensweisen, sowie seine widerrechtliche Weitergabe meiner intimsten Details an Dritte (Verstoß gegen das Datenschutzgesetz) bis auf den heutigen Tag.
- Erzwungener Intelligenztest durch den obig erwähnten Psychosomatiker zur Ausleuchtung der Einflüsse meiner Erkrankung und der Auswirkung der Androgene auf mein Gehirn.
- Demütigungen und bis heute bestehende psychische Traumata durch zutiefst verletzend, inhumane, völlig geist- und charakterlose Kommentare seitens der damaligen Ärzte.
- Verlust meiner körperlichen Integrität durch gezielte Verletzung meiner Grundrechte und die Zwangskastration.
- Verlust meiner psychischen Integrität durch obig genannte Maßnahmen und das daraus resultierende objektive Erleben meines Körpers, den ich als vom Selbst getrennt erlebe.

Die permanente Verletzung meiner intimsten Privatsphäre und die permanente Sorge, dass meine Intim- und Körperdaten einschließlich Lichtbildern in Fach- und möglicherweise sonstigen Publikationen und diversen Internetforen zu finden sind, haben mir jegliche Unbefangenheit im Umgang mit anderen Menschen genommen. Unter der daraus resultierenden psychischen Isolation und der Unfähigkeit tiefer gehende, vertrauensvolle soziale Kontakte knüpfen zu können, leide ich bis an mein Lebensende.

Für all dies mir zugefügte Leid, für diese an mir durch die Institution Medizin verübten Medizinal-Verbrechen, einen angemessenen Schmerzensgeldausgleich, denn Wiedergutmachung ist nicht möglich, z.B. kann man mir meine gesunden Geschlechtsorgane (Eierstöcke und Gebärmutter) nicht re-implantieren, finden zu können, fällt sehr schwer. Bei der Bezifferung wird man am ehesten an Fälle schwerster Persönlichkeitsveränderungen durch Hirnschädigungen denken müssen.

Anlage 3

Der “ Behandlungsstandard“ nach Dr. John Money und die damit verbundenen Verstöße der Bundesrepublik Deutschland gegenüber der Verpflichtung zum Einschreiten gegen diskriminierende Gepflogenheiten

In den späten 1950er Jahren begann die experimentelle chirurgische Geschlechtsangleichung „intersexueller“ Kleinkinder auf Grund der von dem Psychiater Prof. Dr. John Money von der Universität Baltimore entwickelten “Zeitfenster-Theorie”, wonach die Geschlechtsidentität bis zu einem bestimmten Alter, welches irgendwo zwischen 6 Monaten und 2 Jahren nach der Geburt liege, unbestimmt sei und daher anerzogen werden könne, wenn das körperliche Erscheinungsbild innerhalb dieses Zeitfensters eindeutig chirurgisch dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zugewiesen werde.

Anfang der 1970er Jahre wurde die Geschlechtszuweisung in sowohl in der damaligen DDR als auch in der Bundesrepublik Deutschland zum medizinischen Standard erklärt, obwohl keine wissenschaftlichen Beweise erbracht wurden, durch die Berühmtheit des Falls eines einzigen Jungen (unter dem Pseudonym “John/Joan-Fall”). Dieser war eindeutig männlich geboren und hatte durch einen Unfall im Kleinkindalter seinen Penis verloren. Auf den Rat von Dr. John Money erhielt er keine männliche Rekonstruktionsplastik, sondern er wurde zum Mädchen umoperiert einschließlich der Entfernung seiner gesunden Hoden und entsprechend erzogen. Aufgrund positiver Kurzzeituntersuchungen dieses einen Falls entstand der Standard zur operativen Geschlechtszuweisung für intersexuelle Kleinkinder und für Jungen mit unfallbedingtem Penisverlust im Kleinkindalter.

Da nur ein einziger Fall die Grundlage von dessen Durchsetzung bildete und nicht eine ausreichende Zahl von Langzeitexperimenten, ist er über das Experimentierstadium nie hinausgewachsen. Selbst dieser eine Fall hat sich als Misserfolg herausgestellt. Im Jahr 1994 fand der Sexualwissenschaftler Prof. Dr. Milton Diamond (Universität Hawaii) heraus, dass der damals ohne seine eigene Einwilligung umoperierte Junge seit 1980 wieder in der männlichen Rolle lebte, und auf eigenes Drängen, soweit es medizinisch noch möglich war, wieder zum männlichen Geschlecht angeglichen worden war. 1997 wurde die Wahrheit über seinen Fall der Weltöffentlichkeit vorgestellt. Im Jahre 2000 begingen erst der normal aufgewachsene Zwillingbruder und dann der damals unter dem “John/Joan-Fall” berühmt gewordene Mann Selbstmord.

Dr. John Money hat in seiner “Zeitfenster-Theorie” die Geschlechtsidentität (welchem Geschlecht sich jemand zugehörig fühlt) mit dem Geschlechtsrollenverhalten verwechselt. Das Rollenverhalten, also ob sich jemand so verhält, wie es für einen Jungen oder ein Mädchen typisch ist, kann anerzogen werden, nicht aber die Geschlechtsidentität.

Nach dem „Standard“ von Dr. John Money muss die Herstellung eines geschlechtlich eindeutigen Aussehens innerhalb des “Zeitfensters” erledigt sein. Viele medizinische Texte stufen den Entscheidungsfindungsprozess der Eltern bzgl. deren Einwilligung zu geschlechtszuweisenden Operationen an ihren Kleinkindern als medizinischen Notfall ein. Money befürchtete, dass die Eltern traumatisiert sein könnten, wenn sie ihr Kind mit intersexuellem Genital sehen und es dann nicht annehmen würden. Oft werden den Eltern nach diesem Standard unvollständige Informationen über die genaue med. Beschaffenheit des Kindes vermittelt. So wurde empfohlen, den Eltern mitzuteilen, ihr Kind sei geschlechtlich unvollständig auf die Welt gekommen, und die Medizin könne es vervollständigen. Diese „Lehrmeinung“, die keine ist, hält sich hartnäckig bis zum heutigen Tage, obwohl es sehr wohl andere Lehrmeinungen gab. So vertrat bereits 1957 und 1961 Prof. Dr. Overzier, dass die Entfernung der Gonaden z.B. bei AIS unnötig, ja sogar schädlich sei. Die Bundesregierung sieht keinen Handlungsbedarf.

Die Berichterstatterinnen bemängeln die Verstöße der Bundesrepublik Deutschland gegenüber der Verpflichtung zum Einschreiten gegen diskriminierende Gepflogenheiten. Der Staat kommt seiner Verpflichtung nicht nach, mit allen geeigneten Mitteln unverzüglich eine Politik zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau zu verfolgen (Art. 2 UNO-Frauenrechtskonvention). Zu diesen Mitteln gehören "gesetzgeberische und sonstige Maßnahmen". Dazu gehören auch Maßnahmen zur Änderung oder Aufhebung von "Gepflogenheiten" (wie z. B. med. Standards) und "Praktiken" (Art. 2 f UNO-Frauenrechtskonvention). Die Bundesrepublik Deutschland wäre nach Ansicht der Berichterstatter verpflichtet, durchzusetzen, dass Dr. Money's med. Versuch durch einen besseren Standard ersetzt wird, der die Frauenrechte nicht mehr verletzt.

Anlage 4

Linksammlung zum Thema Intersexualität

Vereine und Selbsthilfe

www.intersexuelle-menschen.net

www.xy-frauen.de

www.swyer.de

www.ags-initiative.de

www.bodieslikeours.org

www.intersex.ch

www.101intersex.de

<http://hometown.aol.de/Querkreuzer/000inhaltsverzeichnis.htm>

<http://web.archive.org/web/20010710070555/http://home.t-online.de/home/agpgg/chron.htm>

www.hermaphroditos.de

<http://genderfreenation.de>

<http://blog.zwischengeschlecht.info>

http://www.intersexualite.org/Deutsch-Index.html#anchor_640

Christiane Völling

<http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2008/02/07/Sieg-fur-Christiane-Volling://www.sueddeutsche.de/panorama/artikel/930/156517/>

<http://www.faz.net/s/Rub8E1390D3396F422B869A49268EE3F15C/Doc~EDF4E310F3A40486F8D5016D4CDBCA912~ATpl~Ecommon~Scontent.html>

<http://www.3sat.de/3sat.php?http://www.3sat.de/kulturzeit/themen/123354/index.html>

<http://www.ruhrnachrichten.de/nachrichten/nrw/art1544,137587>

http://www.focus.de/panorama/welt/prozess_aid_229141.html

<http://oii-usa.blogspot.com/2008/02/press-release-congratulations-to.html>

http://www.rbb-online.de/polylux/druckversion/index.jsp?key=rbb_bbeitrag_mini_7179468

<http://www.spiegel.de/spiegel/0,1518,517983-3,00.html>

<http://www.tagesanzeiger.ch/dyn/wissen/medizin/838827.html>

Bundestag

<http://209.85.129.104/search?q=cache:nU48w9BTA6IJ:dip.bundestag.de/btd/14/056/1405627.pdf>

Forschung + Wissenschaft

www.forschergruppe-intersex.de

www.netzwerk-is.de

www.nichtdnet.psych.psu.de

www.uke.uni-hamburg.de

www.forschergruppe-is.uk-sh.de

Recht

http://www.zerp.uni-bremen.de/deutsch/pdf/plett_intersexualitaet.pdf

http://www.justiz.nrw.de/nrwe/lgs/koeln/lg_koeln/j2008/25_O_179_07grundurteil20080206.html

http://www.netzwerk-is.uk-sh.de/is/fileadmin/documents/publikationen/Kipra505_UdeKoeller.pdf

<http://de.indymedia.org/2007/11/199653.shtml>

<http://www.lobby-fuer-menschenrechte.de/Intersexualitaet02.php#top4>

<http://www.lobby-fuer-menschenrechte.de/Intersexualitaet02.php#top21>

<http://edoc.hu-berlin.de/miscellanies/menschenrechte-27763/5/PDF/5.pdf>

Berichte, Filme, Beiträge

http://images.zeit.de/text/2000/40/200040_intersexneu.xml

<http://www.die-katze-ist-kein-vogel.de/intersex/nur%20INTERSEX.pdf>
<http://www.das-verordnete-geschlecht.de/portrait.htm>

Wahrheitskommission

Südafrika:

www.doj.gov.za/trc/legal/act9534.htm
www.doj.gov.za/trc/media/1999/9903/s990304k.htm
www.fxj.org.za/archive/Linked/update/9510/html5.htm
www.csvr.org.za/papers/papr2r2.htm
www.csvr.org.za/papers/papr2r1.htm
www.info.gov.za/gazette/bills/2003/b34-03.pdf
www.info.gov.za/gazette/bills/2003/b34b-03.pdf
www.lrc.org.za/Focus_Areas/TRC.asp

Wikipedia-Enzyklopädie:

http://en.wikipedia.org/wiki/Truth_commission

Kanada:

www.irsr-rqpi.gc.ca/english/truth_reconciliation_commission.html
www.hiddenfromhistory.org

Liberia:

www.ictj.org/static/Africa/Liberia/liberiatract.eng.pdf

Ost-Timor:

http://de.wikipedia.org/wiki/Wahrheits-_und_Freundschaftskommission_%28Osttimor%29

Sierra Leone:

www.sierra-leone.org/trcbook-TRCAct.html

Peru:

http://de.wikipedia.org/wiki/Kommission_f%C3%BCr_Wahrheit_und_Vers%C3%B6hnung_%28Peru%29
und www.cverdad.org.pe

Fiji:

http://en.wikipedia.org/wiki/Reconciliation_and_Unity_Commission_%28Fiji%29

Argentinien:

http://en.wikipedia.org/wiki/Comisi%C3%B3n_Nacional_sobre_la_Desaparici%C3%B3n
http://www.nuncamas.org/english/library/nevagain/nevagain_001.htm

Marokko:

http://en.wikipedia.org/wiki/Equity_and_Reconciliation_Commission_%28Morocco%29
<http://www.ier.ma/>

Guatemala:

http://en.wikipedia.org/wiki/Historical_Clarification_Commission

Chile:

http://en.wikipedia.org/wiki/Rettig_Report

Anlage 5

Ein zum Vorschein kommendes ethisches und medizinisches Dilemma: Sollen Ärzte geschlechtsangleichende Operationen an Kleinkindern mit uneindeutigen Genitalien durchführen?

von Hazel Glenn Beh * und Milton Diamond **

Inhalt

Einführung

I . Der bemerkenswerte Fall von Joan/John

II. Die Entwicklung eines chirurgischen Behandlungsstandards

A. Behandlungsstandards innerhalb der med. Gemeinschaft

B. Der chirurgische Behandlungsstandard von uneindeutigen Genitalien

C. Behandlungsstandard und Schadensersatzforderungen

III. Elterliche Einwilligung zu genitaler Chirurgie und geschlechtlicher Angleichung zum Wohle der Kinder

A. Die Doktrin der Informierten Einwilligung

B. Informierte Einwilligung und elterliche Entscheidungsfindung zum Wohle der Kinder

C. Die Probleme der Informierten Einwilligung und der genitalen Chirurgie an Kleinkindern

1. Die Atmosphäre der Eile

2. Vermittlung unvollständiger Informationen

3. Durchsetzung der Schweigens

4. Unterlassung der Mitteilung der Ungewißheit des Langzeit-Ergebnisses

5. Ignorierung des Rechts des Kindes auf eine offene Zukunft

IV . Lernen von der Vergangenheit: Was sollte die Zukunft beinhalten?

Abschließende Gedanken

Fußnoten

Einführung

In 1999 nahmen zwei Männer im Alter von Anfang 20, einer von der Ostküste und einer aus dem Mittleren Westen, unabhängig voneinander Kontakt mit Professor Milton Diamond auf und eröffneten ihm ihre ungewöhnlichen Geschichten. Als sie Kleinkinder waren, wurden ihre Hoden chirurgisch entfernt und ihre Genitalien umoperiert. Sie wurden dann als Mädchen erzogen. Als dann die Pubertät nahte, wurden ihnen weibliche Hormone gegeben, um ihre Brüste wachsen zu lassen und andere weibliche Merkmale zum Vorschein zu bringen. Sie beschrieben gegenüber Professor Diamond die Verwirrung ihrer Kindheit. Sie hatten sich als Mädchen niemals wohl gefühlt; sie erinnerten sich, daß sie immer im Verborgenen gedacht hatten, daß sie männlich waren. Jedoch hatte die Furcht sie davon abgehalten, ihren Zweifeln Ausdruck zu geben. Einer der jungen Männer erinnerte sich, daß er seine Mutter gefragt hatte: „Macht Gott Fehler?“ Sie beschrieben den Schock, den sie hatten, als sie im Teenageralter die Informationen über ihre medizinische Lage wie Puzzlestücke zusammensetzten und erfuhren von geheim gehaltenen chirurgischen Verfahren, die man an ihnen durchgeführt hatte, als sie zu jung waren, als daß sie sich daran hätten erinnern können, geschweige denn damals hätten einwilligen können. Sie trauerten um die Person, die sie hätten gewesen sein können. Wie ihre Kindheit war ihre junge Erwachsenenzeit gekennzeichnet durch die Notwendigkeit weiterer Operationen und ich-re Anstrengungen, ihr männliches Geschlecht zurückzufordern. Einer der jungen Männer war zur „besten Anwaltsfirma für Kunstehlerfälle“ in seinem Staat gegangen, aber man sagte ihm, daß er keine Chance hätte, da die Ärzte das beste getan hätten, was sie konnten bei dem Wissen, was sie zu jener Zeit über seine Kondition hatten. Der andere junge Mann bat Dr. Diamond, da er nicht in der Lage war, Brustentfernung, Penisimplantationsoperation und die männlichen Hormone, die er für den Rest seines Lebens benötigen würde zur Vermeidung von Osteoporose, und um etwas den Anschein von Normalität zu bekommen, ob er die Ärzte verklagen könne.¹ Es gibt andere in der Welt wie

diese jungen Leute, die den Anlaß zu diesem Artikel gegeben haben.

Dieser Artikel diskutiert die Entwicklung einer chirurgischen Herangehensweise an die Behandlung von intersexuellen Kleinkindern und anderen mit genitalen Anomalien², die in den späten 1950er und in den 1960er Jahren begann und in den 1970er Jahren Behandlungsstandard wurde. Obwohl die Fachliteratur kürzlich die chirurgische Herangehensweise an die Behandlung von Kleinkindern in Frage gestellt hat, dauert die Kontroverse über die Behandlung fort, und die med. Gemeinschaft ist nun gespalten. Wie die geschlechtsangleichende Chirurgie für intersexuelle Kleinkinder eine Routine-Empfehlung der praktizierenden Ärzte wurde, und wie die Eltern überredet wurden, solche radikalen Operationen an ihren Kleinkindern zuzustimmen, liefert ein warnendes Beispiel, das sowohl für die Medizin als auch für das Recht relevant ist.

Die letzten vier Jahrzehnte über wurden frühe chirurgische Eingriffe oft als ein Standardverfahren³ empfohlen für Kleinkinder, die mit uneindeutigen Genitalien³ geboren werden, oder die eine traumatische genitale Verletzung erleiden. Chirurgische Fortschritte in diesem Jahrhundert haben es möglich gemacht für Ärzte, für ein Kind ein soziales Geschlecht⁴ auszuwählen und dann dem sozialen Geschlecht angepaßte Genitalien zu formen in Annäherung an eine normal aussehende Erscheinung. Meistens haben Ärzte, wenn sie die chirurgische Behandlung gewählt haben, die weibliche Form gewählt, weil es einfacher ist, weibliche Genitalien zu entwerfen als männliche.⁵ Da sie sich auf die erziehungsbegründete Theorie der Geschlechtsidentität verließen, rieten Ärzte den Eltern, ihr intersexuelles Kleinkind chirurgisch zu verändern, und es in einer mit den chirurgisch veränderten Genitalien übereinstimmenden Weise zu erziehen, ohne Rücksicht auf die Geschlechtsidentität, die sich von Natur aus entwickelt hätte.⁶ Derselbe Rat wurde gegeben, wenn der Penis eines männlichen Kleinkinds durch eine Verletzung schwer verstümmelt worden war oder als wesentlich zu klein angesehen wurde. Klinikärzte haben Eltern versichert, daß die chirurgische Machbarkeit für normal aussehende Genitalien das soziale Geschlecht der Erziehung bestimmen sollte, und daß jegliche angeborene Neigung des Kindes geändert werden könne durch vorsichtige Erziehung.

Die medizinische Literatur förderte seit den 1970er Jahren, trotz eines Mangels an bestätigenden Beweismitteln, diese Behandlung. Diese medizinische Literatur basierte auf einer Menge von veröffentlichten Berichten, die sich ursprünglich auf Studien an intersexuellen Menschen und dann, was am bedeutsamsten war, auf den unglaublichen Fall eines einzigen Kleinkinds bezogen, der weithin berichtet wurde in der professionellen medizinischen, psychiatrischen und sogar populären Literatur.⁷ In 1997 wurde die medizinische Gemeinschaft wieder bekannt gemacht mit jenem Kleinkind, dessen weitere Beobachtung lange Zeit aus den Augen verloren worden war.⁸ Erst dann entdeckte die medizinische Gemeinschaft endlich, daß das Ergebnis dieses einzelnen Falls nicht so war, wie es erst berichtet worden war. Die Grundlagen, auf denen die Behandlung beruht, begannen zu bröckeln.

Teil II dieses Artikels beschäftigt sich mit dem bemerkenswerten Fall von Joan/John (J/J), dem männlichen Kleinkind, dessen Penis durch einen chirurgischen Unfall zerstört worden war, und das dann vorsätzlich kastriert und chirurgisch in ein weiblich aussehendes Kleinkind umgewandelt worden war.⁹ Beworben als Erfolg, hatte dieser Fallreport eine bedeutende Auswirkung auf den Behandlungsstandard, der sich entwickelte für die Behandlung bestimmter intersexueller Konditionen, für Mikropenis und für unfallbedingte Penisverletzung im Kleinkindalter. Verhängnisvollerweise wurde das Ergebnis dieses Falls niemals vollständig berichtet bis zum Jahr 1997.¹⁰ Wären die wahren Tatsachen früher enthüllt worden, oder wären seine Grundsätze rigorosere wissenschaftlicher Untersuchung unterzogen worden, so wäre der medizinische Standard, der sich entwickelte, wahrscheinlich anders gewesen.

Teil III dieses Artikels erörtert allgemein, wie medizinische Behandlungsstandards sich entwickeln, und wie ein kaum begründeter Behandlungsstandard verwurzelt wurde durch anekdotenhaftes Berichten und ohne wissenschaftliche Bestätigung. Teil III schließt damit, daß er die selbst

aufgelegte Machtlosigkeit des Schadensersatzrechts betrachtet und schließlich in Frage stellt, für Fälle, wo ein nachlässiger Behandlungsstandard sich entwickelt, weil die Behandlung nicht wissenschaftlicher Untersuchung unterworfen worden ist. Während nach üblichen Fahrlässigkeitsprinzipien Gerichte eine Haftbarkeit finden können, die auf der kollektiven Fahrlässigkeit eines Berufsstands bei der Durchsetzung seiner gewohnten Handlungsweisen beruht, gewähren viele Urteile den medizinischen Standards mehr Ehrerbietung. In Urteilen, die Ärzte mehr an einen Behandlungsstandard binden, der auf den medizinischen Standards in der Berufsgemeinschaft basiert, als an verantwortungsbewußte Umsicht, wird eine Forderung, die basiert auf der Erklärung, daß die medizinische Praxis kollektiv vom gesunden Menschenverstand und der Strenge der Wissenschaft abgewichen ist, sich nicht durchsetzen. Schließlich argumentiert Teil III, daß es die berufliche Trägheit fördert, wenn man von Ärzten verlangt, daß sie sich an Standards der Berufsgemeinschaft festhalten. Wenn Behandlungspraktiken nicht durch wissenschaftliche Studien bestätigt werden, ist ein ehrerbietiger Schadensersatzstandard nicht angemessen.

Teil IV untersucht die Rolle der Doktrin der Informierten Einwilligung, vor allem im Hinblick auf die elterlichen entscheidungsmäßigen Verantwortlichkeiten in Fällen von uneindeutigen oder verletzungsgeschädigten Genitalien. Teil IV legt nahe, daß das Vertrauen der medizinischen Gemeinschaft darauf, die Behandlung zu empfehlen, die Praxis, begrenzte und simplifizierende Informationen zur Verfügung zu stellen, um die Eltern abzuschirmen und zu schützen, und das Gefühl der Dringlichkeit, das den Eltern gegenüber vermittelt wurde, die Fähigkeit der Eltern einschränken, ihre einwandfreie Informierte Einwilligung zu geben. Noch grundlegender ist, daß die Entscheidungen treffenden Personen es versäumten, das zukünftige Potential des Kindes für eine zukünftige Selbstbestimmung in Betracht zu ziehen. Zu diesen schon ungeheuren Hindernissen für eine Informierte Einwilligung kam noch hinzu, daß Klinikärzte auch an dem Glauben festhielten, daß Kinder das angeglichene soziale Geschlecht nur dann akzeptieren würden, wenn sie eindeutig erzogen würden in dem ausgewählten sozialen Geschlecht, und machten die Eltern so zu Komplizen der medizinischen Geheimhaltung.

Teil V bietet die Empfehlungen für eine Veränderung, die von Kritikern der frühen Operationen unterstützt werden, einschließlich sowohl der Medizin-Ethiker als auch der Intersexuellen Gesellschaft von Nordamerika (ISNA). Diese Empfehlungen geben eine Anleitung für Ärzte und Eltern, die sehr schwierige medizinische Entscheidungen treffen müssen zum Wohle der Kinder, die lebenslange Auswirkungen auf die körperlich-geschlechtliche und sozialgeschlechtliche Identität und die erotischen und fortpflanzungsmäßigen Möglichkeiten haben.

I. Der bemerkenswerte Fall von Joan/John

Das gegenwärtige medizinische Modell für den Umgang mit Fällen von uneindeutigen oder verletzten Genitalen begann vor etwa vier Jahrzehnten, aber wurde fest etabliert, als der Fall von John/Joan¹¹ in der kinderärztlichen Literatur¹² berichtet wurde.

In den frühen 1970ern berichtete John Money, ein Psychologe am John Hopkins Krankenhaus, vom Fall eines eineiigen Zwillinges, der seinen Penis im Alter von 8 Monaten durch einen chirurgischen Unfall bei der Behandlung einer Vorhautverengung¹³ verloren hatte. Zusammen mit der Psychologin Anka Ehrhardt berichtete Money, daß die Eltern, der Beratung folgend, einwilligten in eine geschlechtsverändernde Operation (Kastration, Entfernung des Hodensacks und erstmalige Anlegung einer Scheide), und ihren einstmaligen Sohn John danach als ihre neue Tochter Joan¹⁴ aufzuziehen. Dieser Fall ist nun bekannt in der psychologischen und medizinischen Literatur als der „John/Joan - Fall“.¹⁵

Den Eltern wurde geraten, ihr Kind als ein Mädchen zu erziehen und das Kind nur mit begrenzten Informationen zu versorgen:

Sie wurden eingehend informiert über das zukünftige medizinische Programm für ihr Kind, und wie sie es in die sexuelle Erziehung zu integrieren hätten, wenn sie älter würde. Sie wurden darin angeleitet, wie sie dem Kind Informationen über es selbst bis zu dem Maß geben würden, wie es in Zukunft notwendig sein würde; und es wurde ihnen dabei geholfen, womit sie es Freunden und Verwandten, und vor allem ihrem eigenen Kind erklären sollten. Schließlich würden sie ihre Tochter informieren, daß sie eine Mutter würde durch Adoption, wenn sie heiratete und eine Familie haben wollte.¹⁶

Die Eltern wurden desweiteren instruiert, J/J's ursprüngliches Geschlecht streng geheim zu halten. In der Tat berichteten die Eltern später, daß, um die Geheimhaltung zu fördern, sie angewiesen wurden, zu jener Zeit von ihrem gegenwärtigen Wohnort umzuziehen in eine weit entfernte Stadt.¹⁷

Da die Familie der Kinder nicht in der Nähe des John Hopkins Krankenhauses lebte, wo Money sein Büro hatte, wurde die alltägliche Betreuung der Zwillinge in die Hände eines örtlichen psychiatrischen Teams unter Money's Weisung gelegt. Einmal jährlich wurden die Zwillinge zum John Hopkins Krankenhaus zur Untersuchung gebracht, und um sicherzustellen, daß am Behandlungsplan festgehalten wurde.¹⁸ Wie in der Folgezeit von Money berichtet wurde, entwickelte sich Joan zufriedenstellend als Mädchen in deutlichem Unterschied zum anderen Zwilling, der sich nun als normaler Junge entwickelte.¹⁹

In den Jahren vor der Pubertät berichtete Money, daß die Eltern ihr nun weibliches Kind erfolgreich als ein Mädchen aufzogen, das typisch genug erschien trotz einiger „jungenhafter Züge“²⁰. Money berichtete nicht über J/J's Ablehnung, in seiner Beratung zu kooperieren²¹. Money war offensichtlich unbekümmert von einigen Verhaltensweisen in der Kindheit, welche sich bei späterer Einsicht als vorhersagend herausstellen sollten, wie zum Beispiel ihre Beharrlichkeit darin, im Stehen zu pinkeln, obwohl ihre Mutter ihr beigebracht hatte, „wie kleine Mädchen auf die Toilette gehen.“²²

Neben der Jungenhaftigkeit und dem Urinieren im Stehen, entwickelten sich andere Warnsignale, als das Kind heranreife, und diese erschienen nicht zeitgleich in der medizinischen Literatur. Beginnend im Alter von 12, wurden Joan Östrogene gegeben, um ihr Brustwachstum zu stimulieren, ihre Hüften zu weiten und für andere Merkmale der typisch weiblichen pubertären Entwicklung. Diese Veränderungen waren nicht willkommen, und Joan zeigte offen Anzeichen, daß sie ihre weibliche Angleichung zurück wies.²³ Die örtlichen Psychiater, die das Kind begleiteten, zeigten ihre Überzeugung an, daß Joan ein eindeutiger Junge sei, und drückten Zweifel aus, ob sie sich in ein akzeptables und zufriedenes Mädchen entwickeln würde.²⁴ Obwohl Money J/J bis zu diesem Punkt und auch danach verfolgt hatte, wurde über diese Befunde des Kindes nicht berichtet, und Joan war scheinbar „aus den Augen verloren“ worden.²⁵ Tatsächlich widersetzte sie sich angesichts der Ablehnung, die Joan gegenüber der Beratung, die sie in Baltimore bekam, empfand, im Alter von 9 Jahren der Rückkehr dorthin. Elterliche „Bestechungsversuche“ wurden benutzt, um sie zur Rückkehr zu ihren regelmäßigen Untersuchungen zu bewegen. In einer dramatischen Äußerung von Ärger und Widerstand gegen ihre Behandlung rannte sie im Alter von 13 weg vom Krankenhaus und wurde gefunden, wie sie sich auf dem Dach eines nahe gelegenen Hauses versteckte.²⁶ Joan lehnte es danach ab, zum John Hopkins Krankenhaus zurückzukehren.²⁷

Obwohl der Fall weithin berichtet und zitiert worden war in der medizinischen Literatur²⁸, erschien die Ablehnung des zugewiesenen Geschlechts, die das Kind zeigte, nicht in der Literatur²⁹, als sie einen Einfluß auf den sich entwickelnden Behandlungsstandard hätte haben können³⁰. Stattdessen bestätigte die Bedeutung der frühen Berichte über J/J's vermeintlich erfolgreiche Geschlechtsumwandlung die scheinbare Effizienz dieser Behandlung als einen „Behandlungsstandard“ für bestimmte Kleinkinder und trug so zu seiner weitreichenden Akzeptanz bei.³¹ Skepsis bezüglich seiner theoretischen wissenschaftlichen Grundlage³² veranlaßte die forgesetzte Suche eines Kritikers nach der erwachsenen J/J, um zu sehen, wie sie sich tatsächlich entwickelt hatte und herangewachsen war.³³ In 1994 wurden sowohl J/J als auch Dr. H. Keith

Sigmundsson, der für die Behandlung „vor Ort“ für J/J zuständige Psychiater, gefunden, und das Leben des Kindes nachfolgend der Fachliteratur wieder vorgeführt in 1997.³⁴

Es genügt zu sagen, das Ergebnis war nicht, wie es berichtet oder vorhergesagt worden war. Zu der Zeit, als der Zwilling wiedergefunden wurde, war er ein verheirateter Mann, der Vater von drei adoptierten Kindern. Hinzu kommt, daß seine wirklichen Kindheitserfahrungen nicht so positiv waren, wie ursprünglich berichtet worden war.³⁵

Familienmitglieder erinnerten sich, daß J/J, als er noch ziemlich jung war, extrem männliches Verhalten und Zurückweisung von Weiblichkeit gezeigt hatte. Joan lehnte „Mädchen“-Spielsachen ab, hatte wenig Interesse an Mädchen-Aktivitäten und lehnte es ab, Kleider zu tragen. Sie zog es vor, „Armee zu spielen“ und stahl oft die Lastwagen ihres Bruders und andere Spielsachen, um damit zu spielen. In ihren vorpubertären Jahren vor dem zehnten Lebensjahr dachte Joan, sie sei ein „Monster oder sowas“ und stellte sich schließlich vor, sie „wäre ein Mann“, aber sie „wollte keine Dose mit Würmern öffnen“. ³⁶ Sie wurde fortwährend in der Schule geärgert wegen „ihres jugenhaften Aussehens und ihrer Mädchenkleider“ und dachte über Selbstmord nach.“ ³⁷ „Im Alter von 14 wurde sie erwischt, als sie so oft in der Mädchentoilette im Stehen pinkelte, daß die anderen Mädchen ihr den Zutritt verweigerten... Joan würde manchmal auch zur Jungentoilette zum Urinieren gehen“. ³⁸ All diese Jahre hindurch teilte ihr niemand, trotz all der Bekanntschaften mit Medizin und Psychiatrie, die Joan erduldet, und trotz der „starken Ängste“, die sie ausdrückte, „daß es etwas mit ihren genitalen Organen zu tun haben könnte“, die Art ihrer Lage mit. ³⁹ In der Tat wurde ihnen geraten, es nicht zu tun.⁴⁰

Nach Jahren „fruchtloser Versuche, Dr. Money’s Plan zu erfüllen“, hatte das örtliche psychiatrische Team allmählich einen Gesinnungswandel.⁴¹ Sie hatten Joan’s Bevorzugung für Jungen-Aktivitäten und ihre Ablehnung, den weiblichen Status zu akzeptieren, einschließlich ihrer Selbstmordgedanken, zur Kenntnis genommen, sodaß sie bereits untereinander die Möglichkeit besprochen hatten, Joan’s Veränderung zurück zum Männlichen zu akzeptieren. Sie wußten, daß es gegen den akzeptierten Behandlungsstandard innerhalb der medizinischen Gemeinschaft verstoßen würde, wenn sie dies täten.⁴²

Joan’s Wendepunkt erschien im Alter von 14, als sie, auf ihre eigene Initiative hin, begann, als Junge, John, zu leben. John erinnert sich, wie bald danach er schließlich die Wahrheit erfuhr: „In einer tränenreichen Episode teilte sein Vater ihm auf John’s Drängen hin die Geschichte mit von dem, was sich bei ihm als ein Kleinkind ereignet hatte, und warum.“ John erinnert sich: „Plötzlich machte alles ‚klick‘. Zum ersten Mal machten die Dinge einen Sinn, und ich verstand, wer und was ich war.“⁴³

Schließlich unterzog sich John einer Brustentfernung (Mastektomie), um die östrogen-bedingt gewachsenen Brüste zu entfernen, und verlangte eine Phalloplastik, um einen Penis aufzubauen. Die Hodenentfernung im Kleinkindalter erforderte lebenslängliche männliche hormonelle Ersatzbehandlung.⁴⁴ Nach der Angleichung veränderte sich John’s Leben dramatisch trotz fortgesetzter sozialer Probleme:

Nach den chirurgischen Behandlungen (von weiblich zu männlich geschlechtsangleichende Chirurgie) gewöhnte sich John gut ein. Als ein Junge wurde er relativ gut akzeptiert, und war beliebt bei Jungen und Mädchen. Mit 16 Jahren erwarb er, um Mädchen anzuziehen, einen fensterlosen Kleinlastwagen mit einem Bett und einer Bar. Als sich jedoch Gelegenheiten für sexuelle Begegnungen ergaben, zögerte er, sich erotisch hervorzuwagen. Als er einer Freundin erzählte, warum er zögernd war, daß er unsicher war wegen seines Penis, erzählte sie es in der Schule, und dies verletzte John sehr stark. Nichtsdestotrotz scharten sich seine Freunde bald um ihn, und er war akzeptiert, und das Mädchen abgelehnt.⁴⁵

Später heiratete John eine Frau und adoptierte ihre drei Kinder. Er ist ihnen als ein Vater

verbunden.⁴⁶ „Geschlechtsverkehr hat er gelegentlich mit seiner Frau. Sie befriedigen einander hauptsächlich mit einer großen Menge an körperlicher Zuwendung und gegenseitiger Masturbation. John kann beim Geschlechtsverkehr einen Orgasmus mit Ejakulation haben.“⁴⁷

Im Gegensatz zu seinem gegenwärtigen Grad sozialer Akzeptanz und seinem Erfolg als ein Mann ist er verbittert und wütend über seine Behandlung und seine verlorene Kindheit. Diese dramatischen und bedeutenden Ereignisse in John's jugendlichem und erwachsenem Leben fanden keinen Eingang in die Fachliteratur und setzen so den positiven Berichten über seinen Fall nichts entgegen, noch beeinflussten sie den Behandlungsstandard, der sich seit den 1960ern entwickelt hatte, bis zur Veröffentlichung von Diamond und Sigmundsson in 1997.⁴⁸

II. Die Entwicklung eines chirurgischen Behandlungsstandards

Die folgenden Abschnitte erkunden, indem sie die mit der Behandlung von genitalen Verletzungen oder Uneindeutigkeiten verbundenen Situationen als ein Modell benutzen, wie der Standard der medizinischen Praxis sich manchmal entwickelt aus Fallberichten, Mund-zu-Mund-Propaganda und der allmählichen klinischen Akzeptanz einer innovativen Behandlung ohne echte wissenschaftliche Untersuchung ihrer Effektivität. Dieser Artikel beschreibt dann, wie der chirurgische Standard für die Behandlung dieser Fälle von einer Innovation zur Standardpraxis wurde. Obwohl die Langzeitergebnisse von J/J's Operation viele Jahre lang nicht bekannt werden würden, wurde die Chirurgie eine akzeptierte Behandlungsform, als der Fall in der Literatur berichtet wurde. Dieser Artikel beleuchtet als nächstes, wie die praktizierten medizinischen Standards vom Recht beurteilt werden und stellt die Grundsätze hinsichtlich der traditionellen juristischen Ehrerbietung vor den medizinischen Behandlungsstandards in Frage.

A. Behandlungsstandards innerhalb der medizinischen Gemeinschaft

Die medizinischen Behandlungsstandards entwickeln sich fortwährend; sie sind oft weder statisch noch klar

Vorgezeichnet.⁴⁹ Da die Medizinwissenschaft evolutionär ist, bekommen die Patienten keine einheitliche Behandlung. Manche medizinische Behandlung erfordert zum Beispiel Experimente. Medizinische *Experimente* bedeuten typischerweise, daß Ärzte Patienten gemäß einem Protokoll behandeln, das entworfen wurde, um einen Hypothese zu überprüfen, oder um zur Menge des medizinischen Wissens beizutragen.⁵⁰ Die medizinische *Praxis* andererseits erfordert Behandlung durch akzeptierte Behandlungsformen, die üblicherweise angesehen werden als „Eingriffe, die entwickelt wurden, einzig, um das Wohlergehen des individuellen Patienten oder Klienten zu steigern, und die eine vernünftige Erfolgsaussicht haben.“⁵¹

Innovative Behandlung ist weder experimentell noch Standardpraxis; sie umfaßt eine Behandlung, die „entwickelt wurde einzig, um das Wohlergehen eines individuellen Patienten oder Klienten zu steigern“, aber nicht ausreichend getestet worden ist, um den Standard, „eine vernünftige Erfolgsaussicht zu haben“, zu erreichen.“⁵² Weil innovative Behandlungsformen nicht ausreichend getestet sind, „sind die möglichen Nutzen und Risiken innovativer Behandlungsformen weniger gut bekannt oder vorhersagbar.“⁵³ Daher setzen innovative Behandlungen, während sie mit den besten Interessen des Patienten im Sinn formuliert werden, die Patienten trotzdem „einer größeren Wahrscheinlichkeit aus, daß die Balance von Nutzen und Risiken ungünstig sein kann entweder, weil die Behandlungen ineffektiv sind, oder weil sie größere, möglicherweise unbekannte, Risiken mit sich bringen.“⁵⁴ Um die Zahl der Patienten zu minimieren, die den unbekanntem Risiken einer innovativen Behandlung ausgesetzt werden, „sollten grundlegend neue Behandlungsverfahren... auf einer frühen Stufe zum Gegenstand formeller Forschung gemacht werden, um zu bestimmen, ob sie sicher und effektiv sind.“⁵⁵

Leider sind wissenschaftliche Begutachtungen innovativer chirurgischer Verfahren nicht die Norm in der medizinischen Praxis.⁵⁶ „Die meisten Innovationen wurden akzeptiert als

„Standardverfahren“, ohne jemals einem rigorosen Effizienztest [durch eine zufallsgewählte kontrollierte Stichprobe] unterworfen worden zu sein.“⁵⁷ Wenn eine rigorose Begutachtung [medizinischer Innovationen] vorkommt, findet sie ziemlich spät in der „Karriere“ einer Innovation statt, nachdem sie anekdotenhaft berichtet und angenommen wurde von Fachleuten, medizinischen Organisationen, öffentlichen Fürsprechern und Vertretern von Interessen Dritter, und als „Behandlungsstandard“ akzeptiert ist.⁵⁸ „Kommentatoren stellen fest, daß Ärzte oft einen unreifen Übereifer zeigen, eine innovative Behandlung anzunehmen, bevor angemessene Studien durchgeführt worden sind.“⁵⁹ Tatsächlich sind wenige medizinische Praktiken zufallsgewählten klinischen Stichproben unterworfen worden.⁶⁰ Stattdessen entwickeln sich medizinische Standards oft in einer ad-hoc- Art und Weise, wenn Ärzte neue Techniken probieren und die frühen Berichte ihrer Erfahrungen unter ihren Kollegen verbreiten.⁶¹ So überschreitet eine innovative Behandlungsform oft die Grenze zur Standardbehandlung eher durch informelle Akzeptanz als durch Bestätigung und Akzeptanz. Danach legen sich Klinikärzte oft darauf fest, speziellen Behandlungen zu folgen, und werden widerstrebend gegenüber der Annahme überlegener Behandlungsformen.⁶² Bezeichnenderweise stellen Kritiker fest, daß man auch zögert, Berichte über erfolglose Verfahren oder Behandlungen zu veröffentlichen.⁶³

B. Der chirurgische Behandlungsstandard von uneindeutigen Genitalien

Da innovative Behandlungen oft zum Behandlungsstandard werden durch informelle Akzeptanz und Gewohnheit,⁶⁴ sollte es keine Überraschung sein, daß die Praxis, frühe chirurgische Eingriffe in Fällen von genitaler Uneindeutigkeit zu empfehlen, zum Standard wurde vor strenger Untersuchung von Behandlungsergebnissen.⁶⁵ Die Behandlung, zuerst verkündet von Money, basierte auf der Erziehungstheorie, die vermutlich eher von seiner Analyse von klinischen Fällen von intersexuellen Menschen abgeleitet war als von experimenteller Untersuchung. Es begann im wesentlichen, als seine Berichte, basierend auf Studien an Hermaphroditen, behaupteten, daß es keinen Unterschied machte, ob solche intersexuellen Kinder als Jungen oder als Mädchen erzogen würden; sie würden sich gleichermaßen dem angeglichenen sozialen Geschlecht anpassen.⁶⁶ Die einzige Besorgnis, die Money zum äußerte bezüglich der Geschlechtsangleichung, war, daß es so früh wie möglich getan werden sollte (am besten vor dem 18. bis 24. Lebensmonat), daß keine Uneindeutigkeit erlaubt sein dürfe in dem sozialen Geschlecht, in dem das Kind erzogen werde, und daß es das beste wäre für die Genitalien des Kindes, umkonstruiert zu werden, um mit dem eingetragenen sozialen Geschlecht übereinzustimmen.⁶⁷ Money's Theorie beinhaltete im wesentlichen, daß, Kinder, die als Jungen erzogen würden, sich als solche entwickeln würden, und daß jene, die als Mädchen erzogen würden, sich auch entsprechend entwickeln würden. Und da es chirurgisch einfacher sei, die Genitalien mit einer weiblich aussehenden Anatomie zu reparieren, würde dies die bevorzugte Methode der Behandlung sein.⁶⁸

Die ursprünglichen Berichte über den J/J -Fall ⁶⁹, speziell berichtet in dem 1972 erschienenen Buch „Man & Woman, Boy & Girl“⁷⁰, und sein angeblicher Erfolg verbreiteten sich schnell, und wurden vielfach erwähnt in der Fachliteratur ⁷¹. Daher kam es, daß die Theorie, daß das körperliche Geschlecht eines Kindes erfolgreich angeglichen werden könnte, einen grundlegenden Einfluß hatte auf den Behandlungsstandard für Kleinkinder, die mit uneindeutigen Genitalien oder mit einem Mikropenis geboren werden, oder die ihren Penis durch eine Verletzung oder unfallbedingte Amputation verloren haben.⁷²

Fälle von Kleinkindern, die mit uneindeutigen Genitalien geboren werden, sind nicht häufig, aber auch nicht selten.⁷³ Von den 3 bis 4 Millionen Kindern, die jährlich in den USA geboren werden, wird etwa 1 von 2000 mit uneindeutigen äußeren Geschlechtsorganen geboren (also etwa 1500 bis 2000 solcher Kinder jährlich).⁷⁴ Eine geschätzte Zahl von 100 bis 200 kinderchirurgischen Geschlechtsangleichungen werden in den USA jährlich vorgenommen.

Als sich der J/J -Fall ursprünglich in der Fachliteratur verbreitete, wurde die vorherrschende Sichtweise der Behandlung, daß, wenn Amputation oder Geburtsdefekte zu uneindeutigen

Genitalien führen, oder Genitalien scheinbar nicht zur männlichen sexuellen Funktionsweise (im Stehen zu pinkeln als Kind und Jugendlicher, und einen Penis in eine Vagina zu schieben als Erwachsener) passen, es für solche Jungen besser wäre, einer Geschlechtsangleichung unterzogen zu werden, um eine befriedigende sexuelle Funktion als erwachsene Frau sicherzustellen.⁷⁵ Wenn man die Theorie verinnerlicht hatte, daß Menschen psychosexuell neutral seien, und ihr soziales Geschlecht, in dem sie erzogen werden, akzeptieren würden, so bot dieser Plan eine relativ einfache Lösung für das, was als eine schwierige Situation angesehen wurde.⁷⁶ Diese Sichtweise wurde dominierend in der kinderärztlichen Literatur.⁷⁷ Seitdem blieb es dabei, daß die medizinische Weisheit für diese Fälle stark auf hypothetischen „chirurgischen Möglichkeiten“ beruhte, eher als auf Daten von Studien oder selbst nur den Langzeitergebnissen dieser Operationen.⁷⁸ Bedeutsam ist, daß jene, die einen chirurgischen Standard empfehlen, sich nicht völlig klar darüber sind, ob die Akzeptanz in Kindheit und Jugend oder das Wohlfühlen mit dem sozialen Geschlecht im Erwachsenenalter ein erstrangiges Ziel ist.⁷⁹

Chirurgische Eingriffe wurden der Standard in der Praxis bis zu dem Maße, daß kürzlich in 1996, die amerikanische Akademie der Kinderärzte folgende Richtlinien veröffentlichte:

Die Forschung an Kindern mit uneindeutigen Genitalien hat gezeigt, daß Geschlechtsidentität eine Funktion sozialen Lernens durch unterschiedliche Antworten von vielfältigen Personen in der Umwelt ist. Zum Beispiel können Kinder, deren genetisches Geschlecht nicht klar in ihren äußeren Genitalien wiedergespiegelt wird (z. B. Hermaphroditismus), erfolgreich als Mitglied eines beliebigen der beiden Geschlechter erzogen werden, wenn der Prozeß vor dem Alter von 2 ½ Jahren beginnt. Daher ist das körperliche geschlechtliche Erscheinungsbild einer Person in starkem Maße eine Funktion der Sozialisierung.⁸⁰

Bemerkenswerterweise waren die einzigen Belege zur Unterstützung dieser Behauptung bis zu zehn Jahre alte oder ältere Arbeiten von John Money; keine andere unterstützende Arbeit wurde zitiert.⁸¹

Nicht alle chirurgischen Eingriffe an Neugeborenen, die mit uneindeutigen Genitalien geboren werden, schließen eine Geschlechtsangleichung ein.⁸² Die chirurgische Veränderung eines Mädchens, das mit einer Klitoris von mehr als 1 cm Länge geboren wird, wird auch empfohlen.⁸³ Festhaltend an der Theorie der psycho-sexuellen Neutralität bei Geburt, die besagt, daß die Akzeptanz des sozialen Geschlechts, in dem erzogen wird, damit zusammen hängt, daß man damit übereinstimmende Genitalien hat, wurde eine vergrößerte Klitoris als einer Verkürzung oder Entfernung bedürftig angesehen, um psychosexuelle Uneindeutigkeit zu vermeiden, und um die elterliche Bindung und Liebe zu verstärken.⁸⁴ Bedeutsam ist, daß die Effizienz selbst dieser moderateren Eingriffe zur Normalisierung von Genitalien nicht durch Langzeitstudien überprüft wurde, und daher diese Eingriffe dieselbe kritische Betrachtung verdienen wie die Geschlechtsangleichung.⁸⁵

Verhängnisvollerweise können diese chirurgischen Eingriffe, ebenso wie die Praxis der weiblichen genitalen Veränderung („Verstümmelung“) aus kulturellen Gründen⁸⁶, die Möglichkeit für die sexuelle Befriedigung eines Mädchens im Erwachsenenalter reduzieren oder zerstören, und die späteren chirurgischen Alternativen begrenzen, falls sich in der Jugend die Bevorzugung des männlichen sozialen Geschlechts herausstellen sollte.⁸⁷ Interessanterweise ist das Ergebnis des 1996er „Gesetzes zur Strafbarmachung von Genitalverstümmelungen an Frauen“⁸⁸ auf die medizinische Behandlung von weiblichen Kleinkindern mit vergrößerter Klitoris unbekannt. Während der Kongreß beabsichtigte, die kulturellen Praktiken von „Mitgliedern gewisser kultureller und religiöser Gruppen in den Vereinigten Staaten“⁸⁹ zu zügeln, verbietet es in weiten Zügen die Beschneidung, Amputation und Infibulation (das Zunähen) „der ganzen oder eines Teils der großen oder der kleinen Schamlippen oder der Klitoris einer anderen Person, die noch nicht das Alter von 18 Jahren erreicht hat“⁹⁰, außer wenn es „notwendig ist für die Gesundheit der Person, an der es durchgeführt wird.“⁹¹ Es bleibt abzuwarten, ob ein Gericht die chirurgische Behandlung zur Erlangung normal aussehender weiblicher Genitalien als für Kleinkinder gesundheitlich notwendig

ansehen wird.⁹²

Obwohl der chirurgische Eingriff ein „Behandlungsstandard“ für intersexuelle Kleinkinder wurde, anstatt dass man es insgesamt eher als ein belegtes Behandlungsprotokoll angesehen hätte, wäre es alles in allem angemessener, ihn als eine „innovative“ Behandlung zu charakterisieren, weil die Behandlungen nicht auf hinreichenden Langzeitstudien begründet wurden.⁹³ Bis zum heutigen Tage sind die empfohlenen chirurgischen Behandlungspraktiken für uneindeutige Genitalien, die gefördert worden sind durch die amerikanische Kinderärztekademie,⁹⁴ nicht von Langzeitstudien bestätigt worden.⁹⁵ Die Angemessenheit des frühen chirurgischen Eingriffs wurde niemals gut unterstützt durch wissenschaftliche Untersuchungen, und in der Tat widerlegen einige der neueren Forschungen seine Effizienz.⁹⁶ Während J/J's Fall ursprünglich nahe gelegt haben mag, daß ein positives Ergebnis möglich wäre, konnte der wahre Test des Behandlungserfolgs nicht bekannt sein, bevor der Patient das Erwachsenenalter erreichte.⁹⁷

Seit die neuesten Berichte über J/J's Fall enthüllt wurden in 1997, hat sich die medizinische Gemeinschaft über dieses Thema gespalten.⁹⁸ Kritiker des traditionellen Behandlungsstandards stellen die Grundsätze in Frage, die zum Inhalt hatten, die chirurgische Intervention zu unterstützen. Erstens, so argumentieren sie, gebe es keine anerkannte Menge von Beweisen, daß normale Kleinkinder sexuell neutral geboren würden. Die ursprünglichen Ansichten wurden begründet mit Berichten über Hermaphroditen, nicht über durchschnittliche Jungen und Mädchen.⁹⁹ Diese Berichte rührten von einem einzelnen Forscher her. Vor allem stellen die Kritiker fest, daß das letzte Jahrzehnt genetische, neurologische und biologische Studien hervorgebracht hat, die die Annahme unterstützen, daß Menschen in Übereinstimmung mit ihrem Säugetier-Erbgut vorbestimmt sind und widerstandsfähig gegenüber der Beeinflussung durch die Einwirkung von Umwelt, familiären und sozialen Einflüssen zu entweder der männlichen oder der weiblichen Art.¹⁰¹

Zweitens, führen Kritiker zum Beweis an, daß Personen mit Genitalien, die außerhalb der normalen Erwartungen fallen, eine zufriedenstellende psychosexuelle Einstellung bekommen können ohne chirurgischen Eingriff,¹⁰² und argumentieren, daß dem Erfordernis, normale Genitalien zu schaffen, übertriebene Bedeutung beigemessen wird.¹⁰³ Bemerkenswerterweise empfehlen neue Fallstudien von Jungen, die unfall- oder verletzungsbedingten Verlust ihres Penis (wie bei J/J) erlitten haben, daß die Wiederbefestigung oder die chirurgische Rekonstruktion des Penis bessere psychosexuelle Resultate erbringen wird als eine Geschlechtsumwandlung.¹⁰⁴

Drittens, weisen Kritiker auf die Transsexualität hin, eine Kondition, in der Menschen eine sexuelle Identität entwickeln, die sowohl ihren normalen Genitalien als auch der sozial und sexuell angepaßten Erziehung widerspricht.¹⁰⁵ Die Leben und Aussagen solcher Personen liefern den Beweis, daß Geschlechtsidentität nicht allein verbunden ist mit dem körperlichen Erscheinungsbild der Genitalien oder mit der Sozialisation, die bei der Erziehung des Kindes stattfindet.¹⁰⁶ Wenn das normale Erscheinungsbild der Genitalien und die eindeutige Erziehung bestimmend wären, dann könnte es keine Erklärung für die Fälle von Transsexualität geben. Schließlich erinnern die Kritiker jene, die an dem chirurgischen Standard festhalten, daran, daß „nach etwa drei Jahrzehnten dieser Operationen es immer noch keinen einzigen Bericht gibt über einen intersexuellen Mann, der erfolgreich zu einer zufriedenen, Männer liebenden Frau erzogen worden wäre.“¹⁰⁷

Ein weiterer wichtiger neuer Faktor für die Forderung nach Neuabwägung des chirurgischen Standards ist das Erscheinen von Kritik früherer Patienten. Viele dieser Menschen, die einer Geschlechtsangleichung oder einer Klitorisoperation unterworfen wurden, fordern ein Ende solcher Praktiken.¹⁰⁸ Die Gesellschaft der Intersexuellen Nordamerikas (ISNA), gegründet in 1993 und geleitet von Intersexuellen, hat Empfehlungen ausgegeben, die die Vermeidung unnötiger Operationen an Kleinkindern und die Hinausschiebung irreparabler chirurgischer Eingriffe fordern.¹⁰⁹ Sie stellen die Wirksamkeit der Chirurgie in Frage und zeigen auf ihre eigenen Fälle als Beweis.¹¹⁰

Nichtsdestotrotz stufen viele Klinikärzte weiterhin männliche Kleinkinder für eine Geschlechtsangleichung anhand der Größe oder Funktionalität des Penis ein, und weibliche für chirurgische Veränderung entsprechend der Größe der Klitoris, und führen weiterhin chirurgische Verfahren durch, um Genitalien zu verändern, was spätere Wahlmöglichkeiten der Patienten ausschließt.¹¹¹ So groß ist die Angst vor psychosexueller Unangepaßtheit,¹¹² daß die Befürworter der Operationen die Phallusgröße als entscheidenden Faktor dafür ansehen, ob ein genetischer Mann chirurgisch angeglichen werden sollte,¹¹³ selbst über der männlichen Fortpflanzungsfähigkeit¹¹⁴. Wie Money zu Kleinkindern ausführte: „Zu klein jetzt, ist zu klein später. ‘ sei eine nützliche Arbeitsanweisung im Hinblick auf den Aufbau oder Wiederaufbau eines Penis.“¹¹⁵

C. Behandlungsstandard und Schadensersatzforderungen

In medizinischen Fällen von Kunstfehlern, messen die Gerichte die Ärzte oft an einem Behandlungsstandard, der von den üblichen Prinzipien über Fahrlässigkeit abweicht¹¹⁶. Im allgemeinen Recht zur Fahrlässigkeit kann die Ansicht der Geschworenen über „verantwortungsvolle Umsicht“ einen mangelhaften Behandlungsstandard in einer speziellen Berufsgruppe oder Industrie umstoßen.¹¹⁷ Wie Richter Learned Hand erklärte:

In den meisten Fällen ist eine verantwortungsvolle Umsicht in der Tat allgemein üblich; aber streng genommen ist dies niemals ihr Maß; ein ganzer Berufsstand kann unangemessen gezögert haben in der Annahme neuer zur Verfügung stehender Methoden. Er darf niemals sein eigenes Maß festlegen, wie überzeugend seine üblichen Verfahren auch sein mögen. Gerichte müssen am Ende bestimmen, was notwendig ist; es gibt Vorsichtsmaßregeln, die so zwingend sind, daß selbst ihre allgemeine Außerachtlassung ihre Übergehung nicht entschuldigen wird.¹¹⁸

Während „das, was üblicherweise getan wird, ein Beweisanzeichen dafür ist, was getan werden sollte,¹¹⁹“ erinnert uns Richter Hand daran, daß kein Berufsstand so kollektiv unfehlbar ist, als daß die Gewohnheit allein in jedem Fall als verantwortungsvolle Umsicht angesehen werden könnte.¹²⁰

Aber in der Medizin hat die überwiegende Auffassung behauptet, daß „das Gesetz dem medizinischen Berufsstand allgemein erlaube, seinen eigenen Behandlungsstandard festzulegen.“¹²¹ Ein Arzt müsse „den Grad an Wissen, Fähigkeit und Sorgsamkeit anwenden, der von anderen Ärzten, die in demselben Spezialgebiet praktizieren, angewandt wird.“¹²² „Ein Arzt ist fahrlässig, wenn der Arzt eine Handlung ausführt, die ein verantwortungsbewußter, achtsamer Arzt nicht ausführen würde, oder wenn er versäumt, eine Handlung auszuführen, die ein verantwortungsbewußter, achtsamer Arzt ausführen würde.“¹²³ Ärzte sind nicht die Garanten positiver Ergebnisse, trotz der von ihnen selbst gemachten Versprechungen¹²⁴; es gibt „keine Vermutung eines Kunstfehlers durch die bloße Tatsache einer Verletzung.“¹²⁵

Wenn man der medizinischen Gemeinschaft erlaubt, sich nach dem von ihr selbst eingeführten Behandlungsstandard zu richten, bedeutet das, daß, wenn der Berufsstand „unangemessen zögert“ oder einen nachlässigen Standard annimmt, die Ehrerbietung des Schadensersatzrechts vor diesen Standards eine Haftbarmachung ausschließen wird.¹²⁶ Üblicherweise sind Zeugenaussagen von Experten wesentlich für die Durchsetzung eines medizinischen Behandlungsstandards, und den Geschworenen wird selten erlaubt, sich nach ihrer eigenen Einschätzung der Verantwortlichkeit jenes Standards richten.¹²⁷ Es gibt ein paar bemerkenswerte Fälle, die diese ungewöhnliche Ehrerbietung vor einem unangreifbaren, von der med. Gemeinschaft bestimmten, Behandlungsstandard, verwerfen, vor allem Helling gegen Carey.¹²⁸

Bei Helling erlitt ein 32 Jahre alter Kläger den Verlust seines Augenlichts als eine Folge eines Glaukoms (grüner Star).¹²⁹ Der Kläger machte geltend, daß der Augenarzt wegen der Nichtdurchführung einer Glaukomuntersuchung fahrlässig gewesen sei. Als der Kläger die Verletzung erlitt, war die übliche Praxis, Leute zu testen, die älter als 40 waren, weil Glaukome verstärkt im Alter auftraten und bei jüngeren Leuten ungewöhnlich waren.¹³⁰ Jedoch war der

Glaukomtest auch preisgünstig, einfach und setzte die Patienten keinem anzunehmenden Schaden aus¹³¹.

Entsprechend Richter Learned Hand's Formulierung der verantwortungsvollen Behandlung stellte der Oberste Gerichtshof in Washington im Fall von T. J. Hooper fest, daß Ärzte für Fahrlässigkeit verantwortlich gemacht werden können nach dem Gesetz, selbst wenn sie ihre Behandlung entsprechend dem Behandlungsstandard der med. Gemeinschaft durchführten.¹³² Der Gerichtshof erklärte, daß, obwohl der Glaukomtest nicht „die Standards des augenärztlichen Berufsstands repräsentierte, es die Pflicht der Gerichte ist, zu sagen, was benötigt wird, um Patienten unter 40 vor den schädigenden Folgen eines Glaukoms zu schützen.“¹³³ Bemerkenswerterweise, resultierte Helling in einer Gesetzesinitiative in Washington, die versuchte, den ehrerbietigen Standard des Staates sicherzustellen, und sich von den allgemeinen Fahrlässigkeitsprinzipien, die Helling etabliert hatte, zurückzuziehen.¹³⁴

Helling wird allgemein angesehen als die Auffassung einer Minderheit¹³⁵ und ist ausgiebig kritisiert worden von Rechtsgelehrten.¹³⁶ Ein Kommentator bemerkte, „daß in allen anderen Bereichen des Schadensersatzrechts die Geschworenen die Macht behalten, zu befinden, daß die gesamte Industrie „unangemessen gezögert“ hat; in Kunstfehler-Fällen - und nur in diesen - sind die Geschworenen üblicherweise ihrer Macht beraubt.“¹³⁷

Die Risiken der Anwendung allgemeiner Fahrlässigkeitsprinzipien auf medizinische Kunstfehler schließen die Bemächtigung über die Autonomie des Berufsstands und ihre Ersetzung durch einen von Geschworenen oder einem Richter geschaffenen Behandlungsstandard ein. Durch Gerichtsprozesse geschaffene Standards können fehlerhaft oder teuer sein. Jedoch hat es auch ein Risiko, Ehrerbietung zu gewähren.¹³⁸ Wie ein Kommentator feststellte, „kann das rechtliche Rahmenwerk zu Kunstfehlern in der Tat dazu führen, daß mangelhafte Standards in der überwiegenden Praxis verwurzelt werden, da, sich an das Gewohnte zu halten, ein wichtiger Punkt ist, wenn die Verfahrensweise eines Arztes beurteilt wird.“¹³⁹ In der Tat gibt eine gebräuchliche Mahnung für junge Ärzte diese Vorstellung wieder: „Du wirst selten verklagt werden, wenn Du tust, was Dein Lehrer Dir beigebracht hat.“¹⁴⁰

Einen Behandlungsstandard zu beurteilen, ist auch schwierig, weil Standards sich mit der Zeit entwickeln. Während der Behandlungsstandard fordert, daß Ärzte „Schritt halten“ mit der „üblichen Praxis“, wie sie sich entwickelt und verändert¹⁴¹, fand sich tatsächlich nur in wenigen Fällen eine Haftbarkeit aufgrund des Versagens darin, mit den sich verändernden beruflichen Standards mitzuhalten.¹⁴² Häufiger wird ein Arzt, der alten Praktiken folgt, nicht beurteilt werden, daß er versagt habe, mit den medizinischen Fortschritten mitzuhalten; mit größerer Wahrscheinlichkeit wird seine Abweichung als eine unterschiedliche Auffassung in einer geteilten medizinischen Gemeinschaft charakterisiert werden.

In der Tat sind Meinungsverschiedenheiten unter den praktizierenden Ärzten ein häufiges Ereignis: „Zu vielen Themen ist die medizinische Gemeinschaft gespalten über die bevorzugte Methode der Therapie oder Behandlung.“¹⁴³ Allgemein schützt das Recht jene innerhalb einer geteilten medizinischen Gemeinschaft; ein Arzt, der einer von zwei Denkschulen folgt, wird sich der Freiheit von Haftbarmachung erfreuen, selbst wenn sich die gewählte Behandlung als ineffektiv herausstellen sollte.¹⁴⁴ Während es Ausnahmefälle gibt¹⁴⁵, ist die allgemeine Regel, daß, solange die medizinische Gemeinschaft geteilt bleibt, das Kunstfehlerrecht wenig Schutz bietet für Patienten, die in der Mitte eines sich herausbildenden Behandlungsstandards gefangen sind.

Die chirurgische Behandlung von uneindeutigen Genitalien im Kleinkindalter zeigt sich als ein Beispiel, wo die überwiegende medizinische Weisheit in einem Gebiet von großer Bedeutung für die Menschen und ihre Familien, sich entwickelte ohne jeden entscheidenden Beweis, daß ein chirurgischer Eingriff angemessen wäre. Da sich der chirurgische Eingriff ohne ausreichende wissenschaftliche Untersuchung und Bestätigung seines Langzeiterfolgs entwickelte, sind die

Grundsätze, die hinter der juristischen Ehrerbietung vor der medizinischen Gemeinschaft stehen, zumindest die Art von Fällen, die darin präsentiert werden, nicht besonders zwingend.¹⁴⁶

Der Hauptgrund, warum die Mitglieder eines Berufsstands üblicherweise nur an einem Standard der Gewohnheit und Praxis gemessen werden, ist, daß ihre informierte Herangewensweise an Themen außerhalb des Allgemeinwissens „nicht durch ad-hoc-Entscheidungen entschieden werden sollte oder mit Hilfe später Einsicht Richtern oder Geschworenen vorliegen sollte. “In den Worten einer führenden Autorität: „Wenn gesagt werden kann, daß die kollektive Weisheit eines Berufsstands ist, daß eine bestimmte Richtung, zu handeln, eine wünschenswerte Richtung ist, dann würde es scheinen, daß dieser kollektiven Weisheit von den Gerichten gefolgt werden sollte.“¹⁴⁷

Daher gewähren Gerichte, in der Annahme, daß der Behandlungsstandard ein Produkt kollektiver Weisheit wäre und nicht von kollektiver Ignoranz oder Herdenmentalität, Ehrerbietung vor dem Standard der Gemeinschaft. Gerichte setzen voraus, daß die Behandlungsstandards sich entwickeln als ein Ergebnis wissenschaftlicher Untersuchung und Bestätigung, nicht bloß durch anekdotenhafte Beweismittel. Aber das ist nicht immer der Fall.¹⁴⁸ Trotz eines Mangels an bestätigenden Forschungsarbeiten wurde es „recht üblich, zu empfehlen,... daß Eltern ein männliches Baby mit Mikropenis als ein Mädchen erziehen,¹⁴⁹ “und „ziemlich üblich, eine vergrößerte, männlich aussehende Klitoris “von weiblich eingetragenen Hermaphroditen und Pseudohermaphroditen „zu entfernen.¹⁵⁰ “Wenn Gerichte übliche Fahrlässigkeitsprinzipien in solchen Kunstfehlerfällen ablehnen, wo die Behandlung nicht auf kollektiver Weisheit, sondern auf etwas viel geringerem beruht, trennen die Gerichte den medizinischen Berufsstand von der Verantwortlichkeit für seine kollektiven Pflichtversäumnisse. Außerdem verstärkt der ehrerbietige Standard die berufsmäßige Trägheit. Andere haben beobachtet, daß Schwerfälligkeit, sich zu ändern, selbst nachdem neue Informationen ans Licht gekommen sind, nicht ungewöhnlich ist:

Vielleicht noch beunruhigender [als einen Standard ohne strenge Überprüfung zu übernehmen] ist, daß, selbst, wenn Prüfungen durchgeführt und deren Ergebnisse veröffentlicht werden, es sein kann, daß Ärzte ihr Verhalten trotzdem nicht ändern, vor allem, wenn die Prüfungen von negativen Ergebnissen berichten. Studien über die Auswirkung von [zufallsgewählten, kontrollierten] Prüfungen über die Praxis der Medizin, von den 1960er bis zu den 1980er Jahren, haben übereinstimmend herausgefunden, daß [zufallsgewählte kontrollierte Überprüfungen] wenig direkten Einfluß auf die Praxis der Ärzte haben.¹⁵¹

Wo die juristische Ehrerbietung es der medizinischen Gemeinschaft erlaubt, ihre eigenen Behandlungsstandards durchzusetzen, da verzichten Gerichte auf ihre Macht, „am Ende zu sagen, was benötigt wird,¹⁵²“und erlauben es dem Berufsstand stattdessen, „das Maß seiner eigenen rechtlichen Haftbarkeit zu setzen, obwohl jenes Maß weit unter dem Stand der Behandlung liegen könnte, der bereits erreichbar ist durch die Annahme von Praktiken und Verfahren, die wesentlich effektiver in der Beschützung von Anderen gegen Schaden sind, als der selbstverordnete Standard des Berufsstands.¹⁵³ “Dies ist vor allem so, wenn der Berufsstand sich noch nicht einmal gehalten hat an seine eigenen Empfehlungen für die Beurteilung eines Standards oder an Richtlinien für die Behandlung von einigen spezifischen klinischen Problemen.¹⁵⁴ Indem man es der medizinischen Gemeinschaft erlaubt, den Standard festzulegen, an dem Fahrlässigkeit gemessen wird, und indem man die geteilte med. Gemeinschaft schützt, erweist sich das Schadensersatzrecht als machtlos darin, Veränderungen in der medizinischen Gemeinschaft zu fördern.¹⁵⁵

III. Elterliche Einwilligung zu genitaler Chirurgie und Geschlechtsangleichung zum Wohl des Kindes

Dieser Abschnitt untersucht die Doktrin der Informierten Einwilligung und fordert die Aktualisierung der Informierten Einwilligung im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung von Kleinkindern. Dieser Abschnitt konfrontiert auch mit der Frage, wie und warum Eltern radikaler, lebensverändernder Behandlung ihres intersexuellen oder verstümmelten

Kleinkinds zustimmen, und warum die Sicherheitsmechanismen der Informierten Einwilligung scheinbar versagen. Eine Atmosphäre der Eile, unvollständige und ungenaue Mitteilung der Lage und der Risiken, und ein Sinn von Geheimhaltung und Scham behindern alle eine echte Informierte Einwilligung. Schlimmer ist, daß sowohl die Ärzte, als auch die Eltern, darin versagten, das Recht des Kindes auf Selbstbestimmung in ihre entscheidungsmäßige Abwägung einzubeziehen.

A. Die Doktrin der Informierten Einwilligung

Die Doktrin der Informierten Einwilligung¹⁵⁶ schützt das Recht eines Patienten / einer Patientin, medizinische Entscheidungen zu seinem oder ihrem eigenen Gunsten zu treffen¹⁵⁷. Sie schützt „das Recht jedes Individuums auf den Besitz und die Kontrolle über die eigene Person, frei von allen Einschränkungen oder Eingriffen von anderen, außer durch klare und unzweifelhafte Autorität des Gesetzes.“¹⁵⁸ „Zwei Hauptinteressen stehen vor allem auf dem Spiel: die körperliche Unversehrtheit und die Selbstbestimmung“¹⁵⁹. „Das Recht der Informierten Einwilligung wird begründet mit dem Gedanken der Souveränität des Patienten und dient dazu, das Wahlrecht des Patienten zu schützen.“¹⁶⁰

Die Informierte Einwilligung schließt im allgemeinen eine Verpflichtung ein, die relevanten Informationen bezüglich einer vorgeschlagenen Behandlung mitzuteilen¹⁶¹, einschließlich „wesentlicher Risiken, die mit dem Absehen von einer Behandlung verbunden wären.“¹⁶² „Obwohl einige Gerichte weiterhin einem älteren ärzte-orientierten Standard folgen und die Angemessenheit der Beratung mit Bezug auf die Gewohnheit und den Standard innerhalb der medizinischen Gemeinschaft bemessen¹⁶³, geht während der letzten zwei Jahrzehnte der entscheidungsmäßige Trend für die gerichtliche Beurteilung der Angemessenheit hin zu einem patienten-orientierten Standard, mit Bezug darauf, „was eine vernünftige Person objektiv erfahren muß von ihrem oder seinem Arzt, um dem Patienten zu erlauben, eine informierte und intelligente Entscheidung zu treffen in Bezug auf die vorgeschlagene medizinische Behandlung.“¹⁶⁴

Der moderne Trend, die Informierte Einwilligung anhand eines patienten-orientierten Standards zu beurteilen, steht in völligem Kontrast zu einem ärzte-orientierten Standard für die Beurteilung des Standards der medizinischen Behandlung.¹⁶⁵ Aus Sicht eines patienten-orientierten Standards der Informierten Einwilligung „ist es nicht genug, was *die medizinische Gemeinschaft* glaubt, was der Patient hören müsse, um eine informierte Entscheidung zu treffen, ohne vielmehr die Frage zu lösen, was *ein individueller Patient* erfahren muß, damit dieser Patient eine informierte und intelligente Wahl hinsichtlich der vorgeschlagenen medizinischen Behandlung treffen kann.“¹⁶⁶ „Der moderne, patienten-orientierte Standard schützt Ärzte nicht, bloß weil ihre Beratung mit der etablierten Gewohnheit ihrer Kollegen übereinstimmt, wenn jener Standard unangemessen ist, die Bedürfnisse des speziellen Patienten zu treffen.“¹⁶⁷ Daher haben in der Rechtsprechung, die sich mit einem patienten-orientierten Standard der Informierten Einwilligung befaßt, die Selbstbestimmungsrechte der Patienten ein Übergewicht gegenüber den Standards der medizinischen Gemeinschaft.¹⁶⁸

Der Trend dahin, die Angemessenheit der Beratung aus Sicht des Vorteils des Patienten zu beurteilen, ist gerechtfertigt, weil der patienten-orientierte Standard „das Patientenrecht auf Selbstbestimmung besser respektiert, und bei der Untersuchung bezüglich des Standards der Beratung den Blick richtet auf die motivierende Kraft und das Ziel der Doktrin der Informierten Einwilligung - dem individuellen Patienten zu helfen, eine wichtige Entscheidung hinsichtlich der medizinischen Behandlung zu treffen.“¹⁶⁹

Sowohl unter einem patienten-orientierten, als auch unter einem ärzte-orientierten Standard, müssen Ärzte Informationen nicht mitteilen, wenn der Arzt bestimmt, daß das Risiko der Informierung eine Bedrohung „von Schaden für den Patienten“ darstellt, „die die Informierung unausführbar oder aus medizinischer Sicht kontraindiziert macht.“¹⁷⁰ „Allgemein bekannt als das „therapeutische Privileg“, schützt diese Ausnahme von der Informierung die Ärzte vor Forderungen, wenn der Arzt entscheidet, daß die Informierung Risiken für den Patienten mit sich bringen würde.

Der klassische Fall des therapeutischen Privilegs betrifft einen Patienten mit einer besonderen Besorgnis oder Nervosität, die den Ärzten nahe legt, daß die vollständige Informierung zusätzliche gesundheitliche Risiken mit sich bringen könnte.¹⁷¹ Desweiteren „ist medizinischer Standard,... daß ein kompetenter und verantwortungsbewußter praktizierender Arzt Informationen nicht mitteilen würde, die eine nachteilige psychosomatische Reaktion bei einem um seine Lage in hohem Maße besorgten Patienten auslösen könnten.“¹⁷² In der Praxis verlassen sich in der Tat wenige Fälle auf das Privileg als eine Rechtfertigung für die Nicht-Informierung.¹⁷³ Wesentlich ist, daß Kommentatoren und Gerichte wahrnehmen, daß die großzügige Berufung auf das Privileg die allgemeinen Verpflichtungen zur Beratung und zum Respekt vor der Autonomie und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten unwirksam macht und daher verhindert werden sollte.¹⁷⁴

B. Informierte Einwilligung und elterliche Entscheidungsfindung zum Wohle des Kindes

Während Kinder und Geschäftsunfähige in der Theorie körperliche Integrität und Selbstbestimmungsrechte besitzen¹⁷⁵, stellt es eine rechtliche und ethische Herausforderung dar¹⁷⁶, ein praktisches Rahmenwerk zu finden, das anderen erlaubt, Entscheidungen zu treffen, und dabei noch die Richtigkeit dieser Entscheidungen für diesen Patienten sicher stellt. Die erstrangige Verpflichtung für das Treffen von medizinischen Entscheidungen zum Wohle der Kinder liegt bei den Eltern des Kindes, und es besteht die Verpflichtung, ihnen (den Eltern) die Informationen über die Behandlung mitzuteilen.¹⁷⁷

Während der Standard, nach dem Gerichte das Treffen von Ersatzentscheidungen zum Wohl von Kindern und Geschäftsunfähigen beurteilen, ein „Standard für stellvertretende Entscheidungen“¹⁷⁸ ist, wird der Standard für Kleinkinder besser als ein „Standard in ihrem besten Interesse“ gesehen, da ein Kleinkind keine vorherige Entscheidung getroffen hat, auf die sich die Entscheidungsmacher beziehen könnten.¹⁷⁹ Den elterlichen Entscheidungen über das beste Interesse des Kindes wird Rücksichtnahme gewährt, um die Privatsphäre der Familie zu schützen sowie die elterliche Autorität und Autonomie; diese Autorität, einst begründet auf dem Gedanken des „Kindes als einem Eigentum“¹⁸⁰, wird nun vorausgesetzt im Glauben, daß „die natürlichen Bande und Gefühle“ die Eltern bewegen, im besten Interesse des Kindes zu handeln.¹⁸¹ Des Recht vermutet, daß „die Familienmitglieder am meisten besorgt sind über das Wohlergehen eines Patienten.“¹⁸²

Die Autorität der Eltern, medizinische Entscheidungen zu treffen, jedoch, ist nicht grenzenlos, und der Staat darf eingreifen, wo das Treffen der elterlichen Entscheidung scheinbar darin versagt, angemessen die Interessen des Kindes zu schützen.¹⁸³ Üblicherweise ziehen Konflikte zwischen Ärzten und Eltern den Staat in die Kontroversen um die medizinische Behandlung hinein.¹⁸⁴ Es ist unüblich, daß irgendjemand die Interessen des Kindes vertritt, wenn der behandelnde Arzt und die Eltern der Behandlung zustimmen, obwohl das Kind gegensätzliche Interessen haben könnte.¹⁸⁵

Eine bemerkenswerte Ausnahme von der allgemeinen Regel, daß keine gerichtliche Überprüfung notwendig sei, wenn Eltern wenn Eltern und Ärzte übereinstimmen, gibt es im Hinblick auf Entscheidungen über unfreiwillige Sterilisation.¹⁸⁶ Selbst wenn Ärzte und Eltern übereinstimmen, legt bedeutendes, sowohl geschriebenes, als auch Gewohnheitsrecht, sein Augenmerk darauf, daß die Entscheidung, Geschäftsunfähige gegen ihren Willen zu sterilisieren, sich in den meisten Staaten dahingehend entwickelt hat, voreilige unfreiwillige Sterilisation der geistig Behinderten zu verhindern¹⁸⁷, vor allem in der Kindheit.¹⁸⁸ „Jegliche Ausübung staatlicher Macht zur Anordnung einer Sterilisation eines Menschen ohne dessen Einverständnis muß sorgfältig geprüft werden, weil die individuellen Rechte und Interessen auf dem Spiel stehen.“¹⁸⁹ Berufungsgerichte warnen niedrigere Gerichte, daß, „weil die Sterilisation notwendigerweise resultiert in der permanenten Beendigung des höchstpersönlichen Rechts auf Fortpflanzung, der Richter der Verhandlung die größte Sorgfalt darauf legen muß, sicherzustellen, daß die Rechte des Geschäftsunfähigen eifersüchtig bewacht werden.“¹⁹⁰

Ungeachtet der allgemeinen Regel der sorgfältigen juristischen Überprüfung in Fällen

unfreiwilliger Sterilisation, haben die ethischen Themen um die genitale Chirurgie am intersexuellen Kind bis vor noch sehr kurzer Zeit nicht viel Aufmerksamkeit auf sich gezogen, obwohl solche Chirurgie höchst persönliche Rechte, die sich beziehen auf Identität und erotisches und möglicherweise Fortpflanzungspotential,¹⁹¹ ernsthaften Risiken aussetzt. Kritiker solcher chirurgischen Eingriffe an intersexuellen Kleinkindern behaupten, daß die ethischen Abwägungen der Behandlung mehr Aufmerksamkeit von Richtern und Ethikern benötigen, als sie zur Zeit bekommen.¹⁹² Von den Ärzten und den Eltern z. B. zu verlangen, die Notwendigkeit solcher Operationen auf „klare und überzeugende“ Beweise zu gründen, könnte gut gerechtfertigt werden mit der lebenslänglichen Auswirkung der Chirurgie auf entscheidende Aspekte des Lebens.¹⁹³

Beim Treffen von anderen Ersatzentscheidungen als zur Zwangssterilisation, ist die juristische Einbeziehung nicht die Norm, außer wenn Eltern und Ärzte uneinig sind.¹⁹⁴ Jedoch bleibt es nützlich, zu betrachten, wie Gerichte allgemein Fälle medizinischer Behandlung von Kleinkindern beurteilen. Elterliche Entscheidungen, die medizinische Behandlung aus religiösen¹⁹⁵ oder anderen Gründen¹⁹⁶ abzulehnen, können vom Staat angefochten und vom Gericht aufgehoben werden, wenn jene Entscheidungen nicht als das beste Interesse des Kindes angesehen werden. Während „die elterliche Autonomie verfassungsrechtlich geschützt ist“, hat der Staat als „Wächter der sozialen Grundrechte der Gesellschaft“, manchmal die vorrangige Pflicht, Kinder zu schützen.¹⁹⁷ Wenn die Ansichten über die Empfehlbarkeit der Behandlung zwischen Eltern und Ärzten einander widersprechen, raten Ethiker oft, drei Faktoren für die Frage, ob man in die elterliche Entscheidung eingreift, abzuwägen: 1.) die Entscheidungsmöglichkeit des Minderjährigen; 2.) die Lasten und das Risiko der Behandlung; 3.) die Effektivität der Behandlung.¹⁹⁸

Während der erste Faktor, die Entscheidungsmöglichkeit, scheinbar nicht anwendbar ist bei der Betrachtung der medizinischen Behandlung von Kleinkindern, sollte, wenn Entscheidungen hinausgeschoben werden können, die spätere Entscheidungsmöglichkeit des Kleinkinds geschützt werden. Der Schutz jener potentiellen Entscheidungsmöglichkeit bleibt ein relevanter Gesichtspunkt, wenn nicht wieder gut zu machende medizinische Eingriffe wie die Zerstörung der fortpflanzungsmäßigen und erotischen Möglichkeiten oder ein Eingriff in sozialgeschlechtliche Wahlmöglichkeiten erwogen werden.¹⁹⁹ Unter einem Vertrauens-Modell der Entscheidungsfindung, das versucht, das „Recht des Kindes auf eine offene Zukunft²⁰⁰“ zu schützen, sollten Eltern versuchen, das Recht des Kindes auf Selbstbestimmung²⁰¹ zu schützen und „sich außerstande sehen,... zum Wohle des Kindes dem zuzustimmen, was die spätere Freude an Selbständigkeit, wenn es reif genug ist, behindern könnte.“²⁰²

Der zweite Faktor, die Betrachtung von Risiken und Lasten, schließt die Abwägung sowohl der Möglichkeit eines positiven Ergebnisses als auch „der menschlichen Kosten, um dahin zu gelangen²⁰³“, ein. Wenn die Lasten und Risiken groß sind, kann die Behandlung einen zu hohen Preis fordern, trotz möglicher Nutzen, als daß sie gerechtfertigt werden könnte.²⁰⁴

Schließlich, als dritter Faktor, müssen die Entscheidungsmacher „sich anschauen, ob die Behandlung wahrscheinlich effektiv darin ist, einigen bedeutenden und subjektiv wertvollen Nutzen für das Kind zu sichern.“²⁰⁵ „Beweiskräftig effektiven“ Behandlungen sollte ein höherer Wert beigemessen werden als „experimentellen oder forschenden“ Behandlungen.²⁰⁶ Die Beweislast sollte eher darauf liegen, die Steigerung der Lebensqualität zu beweisen, als die Abwesenheit von Schaden.

C. Die Probleme der Informierten Einwilligung und der genitalen Chirurgie an Kleinkindern

Um die Risiken, Nutzen, Lasten und die Effektivität der Behandlung abzuwägen, benötigen die Eltern Informationen bezüglich der vorgeschlagenen Behandlung. Jedoch wurden, vielleicht teilweise aus einer falsch verstandenen Auffassung des therapeutischen Privilegs heraus, Eltern manchmal Schlüsselinformationen vorenthalten.

Es ist wichtig, daß die Effektivität der Informierten Einwilligung sowohl daran geprüft werden muß, was mitgeteilt wird, als auch, wie es mitgeteilt wird.²⁰⁷ Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der Frage, wie die elterliche Einwilligung in Fällen genitaler Chirurgie sicher gestellt wurde. Vor allem untersucht dieser Abschnitt fünf Gründe für Kritik an der von einigen praktizierenden Ärzten in diesen Fällen erlangten Einwilligung:

1.) die falsche Atmosphäre der Eile; 2.) Die Unterlassung, vollständige und richtige Informationen mitzuteilen; 3.) die bedrückende Geheimhaltung, in der Eltern angewiesen wurden, die Situation nicht mit anderen zu besprechen, und vor allem die Informationen gerade vom Kind fernzuhalten; 4.) die Unterlassung der Ärzte, die Ungewißheit des Ergebnisses klarzustellen; 5.) die Unterlassung, das Recht des Kindes auf eine offene Zukunft in der entscheidungsmäßigen Abwägung zu würdigen.

1. Die Atmosphäre der Eile

Klinikärzte haben lange ein Gefühl der medizinischen Dringlichkeit vermittelt gegenüber den Eltern angesichts der Geburt eines intersexuellen Kindes.²⁰⁸ Obwohl der intersexuelle Zustand typischerweise nicht lebensbedrohlich ist, wird Eltern geraten, schnell zu handeln, um ein Geschlecht für die Erziehung durchzusetzen, das eindeutig ist.²⁰⁹ Viele medizinische Texte stufen diesen Entscheidungsfindungsprozeß als einen medizinischen Notfall ein.²¹⁰ Klinikärzte entwickeln einen Behandlungsplan, um die Anpassung des Kindes an jenes Geschlecht innerhalb weniger Tage nach der Geburt zu bewerkstelligen.²¹¹ Money empfahl den Eltern, schnell zu handeln, und damit zu zögern, das Geschlecht ihres mit Uneindeutigkeit geborenen Kindes eintragen zu lassen, um das Trauma und die Beschämung einer Änderung der Eintragung von körperlichem Geschlecht und Namen des Kindes zu vermeiden.²¹²

Trotz des Eindrucks der Dringlichkeit, den Klinikärzte schaffen, sind viele chirurgische Behandlungen der Genitalien im wesentlichen kosmetisch und medizinisch nicht eilig.²¹³ Stattdessen beruht die Botschaft der Dringlichkeit auf sozialen und psychologischen Überlegungen, einschließlich der Stigmatisierung und der Erziehungsvermutung.²¹⁴ Mitgefühl für die Eltern und die Sorge, daß sie sich nicht an das Kind binden würden²¹⁵, veranlaßten die Eile ebenfalls: „Das medizinische Team wird empfehlen, daß die chirurgische Behandlung früh beginnt, um Eltern das Trauma zu ersparen, ihr Kind als intersexuell zu sehen, jedes Mal, wenn sie die Windeln des Kleinkinds wechseln.“²¹⁶

Kritiker argumentieren, daß keiner der Kerngrundsätze, mit denen diese frühe Chirurgie begründet wurde, Eile rechtfertigt. Erstens ist die Theorie, daß Kinder, die eindeutig mit der Norm angeglichenen Genitalien erzogen werden, das soziale Geschlecht ihrer Erziehung akzeptieren würden, nicht geprüft durch verlässliche Studien.²¹⁷ In Wahrheit konnten Ärzte nicht zuversichtlich, basierend auf Daten, behaupten, daß die ausgeführte Chirurgie in irgendeinem Alter mehr oder weniger erfolgreich wäre als in einem anderen.

Zweitens könnte das Stigma, von dem die Klinikärzte fürchteten, daß es ein Kind im Umkleideraum befallen könnte, gemildert werden durch weniger drastische Alternativen als durch die unverzügliche chirurgische Veränderung.²¹⁸ Als Diamond und Sigmundsson erstmals einen Aufschub für die meisten kosmetischen Operationen an Genitalien von Kleinkindern empfahlen, unterstützten sie nichtsdestotrotz die frühe Entscheidung, ein Kind in die soziale Einteilung als Junge oder Mädchen einzutragen.²¹⁹ Sie widersetzten sich nur dagegen, den irreversiblen Schritt der Entfernung von Körperteilen vorzunehmen, während sie immer noch empfahlen, daß Kinder mit einem klaren sozialgeschlechtlichen Status erzogen werden sollten, basierend auf dem sozialen Geschlecht, das sie am wahrscheinlichsten entwickeln werden.²²⁰ Sie schrieben: „In der Erziehung müssen Eltern konsequent darin sein, ihr Kind entweder als Junge oder als Mädchen zu erziehen; nicht keins von beiden. In unserer Gesellschaft ist, intersexuell' eine Bezeichnung medizinischer Tatsachen, aber noch nicht eine allgemein akzeptierte soziale Bezeichnung.“²²¹

Schließlich wird die Empfehlung einer unverzüglichen Operation, die sich gründet auf der Angst vor elterlicher Zurückweisung und vor dem Versagen der emotionalen Bindung mehr durch die medizinische Meinung als durch Tatsachen gefordert.²²² Kritiker behaupten, daß, während „Money einige Daten darüber vorgestellt hat, daß es bei den Eltern Streß hervorruft, ein Kind mit uneindeutigen Genitalien zu haben,...die Unterstützung für den zweiten Teil der Hypothese, daß der Streß für die Eltern (und mutmaßlich auch für das Kind) gemindert würde durch chirurgische Korrektur, absolut nicht existiert.“²²³ „Wie Alice Domurat Dreger feststellte, wäre, selbst wenn Ärzte einzig von dem Bestreben motiviert wären, die psychosozialen Probleme sowohl der Familie als auch des Kindes zu mindern, „es nicht bewiesen, daß ein psychosoziales Problem medizinisch oder chirurgisch behandelt werden sollte. Wir versuchen doch auch nicht, die Probleme vieler dunkelhäutiger Kinder in unserem Land durch Aufhellung ihrer Haut zu lösen.“²²⁴ „Desweiteren kann die elterliche Angst und Pein durch diese medizinische Aufmerksamkeit eher erhöht als reduziert werden. Elterliche Spannung und Streß können verringert werden durch die Behandlung der intersexuellen Kondition als eine normale Variation und durch Vermittlung des Wissens an die Eltern, daß die genitale Variation in einem späteren Alter behandelt werden kann. Hinzu kommt, daß die Empfehlung der Chirurgie, begründet durch die Sorge um die Empfindsamkeiten der Eltern und anderer, nicht angemessen ist, weil nur das beste Interesse des Kindes relevant ist.“²²⁵

2. Mitteilung unvollständiger Informationen

Klinikärzte, die Kinder mit genitalen Geburtsdefekten behandeln, unterlassen es manchmal aus einer Vielzahl von Gründen, richtige und vollständige Informationen mitzuteilen²²⁶. Das Problem der unangemessenen Beratung während nachgeburtlicher medizinischer Krisen ist nicht begrenzt auf das intersexuelle Kleinkind:

Die der Familie in einer medizinischen Krise zur Verfügung stehenden Informationen sind ziemlich oft unangemessen. Manche haben nahe gelegt, daß das Problem in der vollständigen Abhängigkeit und Machtlosigkeit des Patienten und der Familie wurzelt. Alle Informationen sowohl spezieller als auch allgemeiner medizinischer Art, liegen in Händen des Krankenhauspersonals. Die Ärzte haben einen Hang, Begrenzungen ihres beruflichen Wissens und ihrer Fähigkeiten nicht zuzugeben. Dazu kommt, daß der Gebrauch medizinischer Fachwörter während der Beratung die Fähigkeit der Eltern, vollständig informiert zu werden, umnebelt.²²⁷

Informationen über die Diagnose, die Effizienz der Behandlung und über Komplikationen können unvollständig sein. Der Intersexuelle Howard Devore, ein praktizierender Psychologe, der andere Intersexuelle berät, hat selbst 16 Operationen gehabt, um seinen schweren Fall von Hypospadias zu behandeln. Er beklagt, daß Ärzte zu optimistisch sind hinsichtlich des Behandlungsergebnisses:

„[Im Hinblick auf die Chirurgie] wird es Vernarbungen und Strikturbildung geben und den Verlust der Empfindsamkeit. Kein vernarbtetes Gewebe ist so flexibel wie Haut. Das ist nicht zu leugnen. Die ‚Informierte Einwilligung‘, die sie Eltern zum Unterschreiben vorlegen, ist vollkommen unrealistisch. Eines der Hauptthemen ist, daß Eltern gesagt wird, nach ein paar Operationen hätten ihre Kinder, normale Genitalien‘.“²²⁸

Zur Erläuterung der Art der Lage behauptete Money, daß in der Beratung, „die Eltern die notwendigen medizinischen Informationen bräuchten (wenngleich etwas vereinfacht), um in der Lage zu sein, sich ihr Dilemma selbst zu erklären, bevor sie es anderen Leuten erklären.“²²⁹ „Jedoch wurde eine volle und vollständige Informierung über die Lage in der Regel von den Fachleuten nicht empfohlen. Stattdessen wurde den Beratern empfohlen, daß sie den Eltern erklären sollten, ihr Kind sei ‚sexuell unfertig‘.“²³⁰ „Der Gedanke, daß diese Kinder ‚unfertig‘ seien, ist vor allem irreführend, weil er impliziert, daß sich bei einer längeren Schwangerschaftszeit eindeutige Geschlechtsorgane entwickelt hätten, und daß Ärzte nicht etwas Grundlegendes an dem Kind ‚verändern‘, sondern bloß die unvollständige Anatomie des Kindes ‚fertigstellen‘ würden“²³¹. Auch wenn sie vereinfachend erscheint, so läßt die Vorstellung der ‚Unfertigkeit‘ Eltern schlecht

vorbereitet, um durchdachte Entscheidungen zu treffen.²³²

Wie Suzanne Kessler heraus stellt, suggerieren Klinikärzte, indem sie die Vorstellung der „unfertigen“ Genitalien bemühen, den Eltern, daß es die Genitalien seien, die uneindeutig sind, und nicht das soziale Geschlecht:

Die Botschaft...ist, daß das Problem in der Fähigkeit des Arztes liege, das soziale Geschlecht festzulegen, nicht im sozialen Geschlecht des Babys an sich. Das wirkliche soziale Geschlecht würde vermeintlich bestimmt/bewiesen werden durch Tests, und die „bösen“ Genitalien (die die Situation für alle so verwirrend machen) würden „repariert“. Die Betonung wird nicht darauf gelegt, daß die Ärzte ein soziales Geschlecht herstellen, sondern daß sie die Genitalien vervollständigen würden. Ärzte sagen eher, sie würden die Genitalien „rekonstruieren“, als daß sie sie „konstruieren“... Die Tatsache, daß das soziale Geschlecht eines Kleinkindes eher „neu eingetragen“ als „angeglichen“ wird, legt nahe, daß die erste Eintragung ein Fehler war, weil der Eintragende verwirrt war durch die Genitalien. Das soziale Geschlecht war immer das, als was es jetzt angesehen wird.²³³

Klinikärzte haben Eltern mit Informationen versorgt, die simplifizierend die Aufmerksamkeit auf die Herstellung typisch aussehender Genitalien lenken. Für einen Elternteil mit einem intersexuellen Kind oder einem männlichen Kind ohne Penis ist dies trügerisch, denn es bietet die Hoffnung, daß Ärzte und Eltern die Beschaffenheit korrigieren können durch die chirurgische Angleichung des Geschlechts und sorgsame Erziehung. Ärzte haben aber schon lange gewußt, daß die Bestimmung des körperlichen Geschlechts und die sexuelle Differenzierung weit mehr umfaßt als nur das Aussehen der kindlichen Genitalien.²³⁴ Das bloße Verändern der Genitalien ändert nicht die chromosomalen, genetischen oder hormonellen Geschlechtsmerkmale, und verändert ebenfalls nicht ein intersexuelles Kind oder ein männliches ohne Penis (wie J/J es war) in ein Kind des angeglichenen Geschlechts. Die Chirurgie verändert allein einen Aspekt der sexuellen Differenzierung: das Erscheinungsbild der Genitalien. Hinzu kommt, daß kosmetische Chirurgie an den Genitalien von Kleinkindern und sorgsame Erziehung nicht die vorgeburtlichen Einflüsse auf die Geschlechtsidentität auslöschen können.²³⁵ Daher könnten Ärzte, die an Money's Theorien festhalten, den Eltern bestenfalls ein Kind anbieten, das wie ein Kind des angeglichenen Geschlechts „aussieht“, und Eltern könnten ein Kind dazu erziehen, sich wie ein Kind des angeglichenen Geschlechts „zu verhalten“. Eltern müßten aber erfahren, daß, angesichts der Komplexitäten der Geschlechtsbestimmung, sie niemals ein typisches Kind des angeglichenen Geschlechts haben würden, noch daß sie fundamentale Aspekte der körperlich-geschlechtlichen Differenzierung, die ihr Kind zurück behält, ändern könnten. Eltern benötigen detaillierte Informationen über die Lage, die Effizienz der Behandlung und über die Alternativen, um die Lasten der chirurgischen Angleichung eines Kindes an ein soziales Geschlecht abzuwägen, die die fortpflanzungsmäßigen und erotischen Möglichkeiten gefährdet, und die weitere zukünftige Operationen sowie lebenslängliche medizinische und hormonelle Behandlung erforderlich macht.²³⁶

3. Die Durchsetzung des Schweigens

Die Täuschung und die Geheimhaltung sind wahrscheinlich die unüblichsten und schmerzhaftesten Aspekte der medizinischen Behandlung, die für intersexuelle Konditionen verordnet wird.²³⁷ Money behauptete, daß das Geschlecht der Erziehung eindeutig sein müßte und daher die Behandlung notwendigerweise die Täuschung rechtfertigen würde, wenn das Kind heran wächst. Aber, wenn die Kinder älter wurden, haben diese Geheimhaltung und Täuschung die zusätzliche Folge gehabt, daß ihnen die Teilhabe an späteren Behandlungsentscheidungen verwehrt wurde.²³⁸ Eltern wurde geraten, diese Kinder eindeutig in dem angeglichenen Geschlecht des Kindes zu erziehen, und Informationen dem Kind vorzuenthalten, damit sich das Kind in seinem oder ihrem sozialen Geschlecht sicher fühlen würde.²³⁹

Der Enthusiasmus der medizinischen Gemeinschaft, intersexuelle oder körperlich-geschlechtlich angeglichene Babies ohne Uneindeutigkeit aufzuziehen, ist notwendigerweise täuschend²⁴⁰, weil letztendlich, trotz des Dogmas, die Genitalien des Kindes durch die Chirurgie nicht eindeutig männlich oder weiblich gemacht wurden.²⁴¹ Die Geheimhaltung dauert selbst heute noch an, wie ein Arzt neulich erklärte: „Wenn sie ein exzellentes Ergebnis haben und perfekt aussehen,...würde ich sie [die ursprüngliche Uneindeutigkeit] so weit herunterspielen wie möglich.“²⁴²

In einer aufdeckenden Fallstudie, die erörtert wurde im Hastings Center Report, überlegten Ethiker, ob *entweder* ein sechzehn Jahre altes Mädchen *oder* ihre Eltern informiert werden sollten, wenn die Teenagerin nach einer Behandlung für das Ausbleiben der Menstruation sucht.²⁴³ Angesichts der Entdeckung, daß „das Mädchen einen XY-Genotyp hat, eine genetische Abweichung von der Norm, die man testikuläre Feminisierung“ nennt²⁴⁴, und „[möglicherweise] krebgefährdete Hoden, die chirurgische Entfernung erfordern“ würden, und daß sie vaginale Operationen bräuchte, um Geschlechtsverkehr zu haben, erwachse die Frage, ob dem Kind oder seinen Eltern die genetische Information oder Tatsache mitgeteilt werden sollte, daß sie „in Wirklichkeit ein Mann“ sei.²⁴⁵ Der behandelnde Arzt fragt, ob er die Information zurückhalten kann, bis das Kind 21 ist.²⁴⁶ Zwei Autoren behaupten, daß die Sorge des Arztes berechtigt sei.²⁴⁷ Sie nehmen an, daß die Eltern des Kindes „gefühlsmäßig verwirrt“ werden und dahin kommen könnten, sie als ein „Monster“ zu betrachten oder die schmerzhaft Information an sie ausplaudern könnten.²⁴⁸ Die Autoren schlußfolgern, daß, wenn „die Funktionen der Erziehungsberechtigten, die Wünsche und das Wohlergehen der Minderjährigen zu sichern...nicht garantiert werden könne durch die Mitteilung der genetischen Identität [der Patientin] an die Eltern, daß es dann keinen vernünftigen Grund zu geben scheine, diese Information unter diesen Umständen zu offenbaren.“²⁴⁹ Zwei fundamentale Fragen ansprechend, führen die Autoren aus:

„Würde ein typischer Arzt anders handeln als [der hypothetische Informationen zurückhaltende Arzt]?“ Die Antwort ist: „Nein!“ Einige würden sie natürlich informieren, aber die Mitteilung der Information ist nicht der Brauch in dem Berufsstand... „Würde eine hypothetische vernünftige Person wollen, daß ihr diese Information zu dieser Zeit offenbart würde?“ Wahrscheinlich nicht. Welche vernünftige Person würde eine schlimme Situation unnötigerweise schlimmer machen wollen?²⁵⁰

Die Autoren des Essays schlagen vor, ein frei entworfenes therapeutisches Privileg zu verwenden, um die Langzeit-Täuschungen sowohl gegenüber der Patientin, als auch gegenüber den Eltern der Teenagerin zu rechtfertigen, allein aus dem Glauben heraus, daß vernünftige Patienten solche Dinge nicht wissen wollen würden. Jedoch, im Gegensatz zu dieser Position, setzt die rechtliche Konstruktion der Informierten Einwilligung gerade voraus, daß Patienten wissen wollen, was relevant und ausschlaggebend für ihre Lage ist.²⁵¹ Wie der Gerichtshof von Canterbury warnte, als er das therapeutische Privileg zur Zurückhaltung von Informationen vor dem Patienten, gestaltete:

Das Privileg des Arztes, Informationen aus therapeutischen Gründen zurückzuhalten, muß jedoch vorsichtig umschrieben werden, da es ansonsten die Regelung selbst vernichten könnte.

Das Privileg erlaubt nicht eine bevormundende Auslegung, daß der Arzt sein Schweigen hält dürfte, bloß weil die Enthüllung den Patienten veranlassen könnte, der Behandlung zuzukommen, für die sein Arzt das Gefühl hat, daß der Patient sie wirklich brauche. Diese Haltung unter stellt Instabilität und Halsstarrigkeit selbst für den normalen Patienten, und läuft entgegengesetzt des grundlegenden Prinzips, daß der Patient seine Entscheidung selbst treffen sollte, und dies üblicherweise auch kann. Auch sieht das Privileg eine Operation nicht allein schon deshalb als sicher an, wenn die Reaktion des Patienten auf Informationen über Risiken, wie sie verantwort licherweise vom Arzt vorhergesehen werden, bedrohlich wäre. Und selbst in einer Situation solcher Art, kann die Mitteilung an einen nahen Verwandten im Hinblick auf die absichernde Einwilligung zur vorgeschlagenen Behandlung die einzige Alternative sein, die dem Arzt offensteht.²⁵²

Ärzte drängten sowohl die Mitbestimmung der Eltern an den Rand, als auch zogen sie sie (die Eltern) dafür heran, eine Mauer des Schweigens aufrecht zu erhalten bis ins Erwachsenenalter ihres Kindes,²⁵³ ohne daß sie das tatsächliche Risiko der Mitteilung an den Patienten neu überdacht hätten, das sich gründet auf die unbewiesene Annahme, daß eindeutige Genitalien und eindeutige Kindererziehungspraktiken zusammen mit einem Mangel an Informationen über die ursprüngliche Lage, dem Kind gut tun würden. Die sozialen und psychologischen Kosten und der medizinische Schaden, die die Geheimhaltung hervorrufen kann, wurden außer Acht gelassen.²⁵⁴

Ein letzter Kostenpunkt des Schweigens soll erwähnt werden. Üblicherweise finden Patienten schließlich ihre Lage durch einen unabsichtlichen Versprecher der Familie, den Klatsch in der Gemeinde oder durch persönliche Untersuchungen heraus, sodaß sich aus diesen Aspekten ein Puzzle ihres Lebens ergibt. Die Patienten erfahren dadurch in jedem Fall, wovon man wollte, daß sie es niemals herausfinden sollten. Noch verwirrender für sie ist, daß die Patienten herausfinden, daß ihre Unförmigkeiten unaussprechbar schambesetzt sind in der Vorstellung der Eltern und der Ärzte. Diese Entdeckung, die üblicherweise ohne Unterstützung kommt, kann verheerend sein.²⁵⁵ Sie fragen sich, warum sie nicht so akzeptiert und geliebt wurden, wie sie waren. Dies macht die Furcht vor romantischen/erotischen Beziehungen offenkundig und vermindert die Bereitschaft zu intimen Kontakten. Zuletzt erfahren frühere Patienten, daß sie seit der Kindheit systematisch getäuscht worden sind von denselben Leuten, am vertrauenswürdigsten hätten sein sollen: den Eltern und den Ärzten. Der durch die Täuschung verursachte Schmerz ist unnötig²⁵⁶ und treibt oft einen Keil zwischen die Kinder, ihre Eltern und die Ärzte, der bis ins Erwachsenenalter bestehen bleibt. Kritiker argumentieren, daß Ehrlichkeit, vollständige Informierung und Beratung ein therapeutisch überlegenerer Ansatz seien.²⁵⁷

4. Unterlassung der Mitteilung der Ungewißheit des Langzeit-Ergebnisses

Die Eltern, die diesen Operationen zugestimmt haben, könnten anders geantwortet haben, wenn sie den innovativen Charakter der Behandlung verstanden hätten²⁵⁸; natürlich war es die Pflicht der Klinikärzte, sie so weit zu informieren²⁵⁹ Klinikärzte legten jedoch, weil der J/J-Fall, wie er ursprünglich dargestellt worden war, ein Klassiker für die akademische und medizinische Gemeinschaft²⁶⁰ geworden war, vermutlich mehr Vertrauen in das Verfahren, als es verdiente.²⁶¹ Klinikärzte machten die Fähigkeit zur erfolgreichen „Normalisierung“ geltend, weil die Literatur nahe legte, daß solches, wenn in der Tat auch unzureichendes, Datenmaterial existierte, um ihre Grundannahme zu stützen.²⁶² In der Tat wurde Klinikärzten wie kürzlich in 1994 geraten, Vertrauen in die Behandlungsempfehlungen zu legen, wenn sie Eltern beraten:

„Dieses [vereinfachende medizinische] Wissen wird [den Eltern] helfen, sich überzeugt zu fühlen, daß das, was getan wird, richtig ist, und sowohl ihre eigene Entscheidung wie auch die der Experten ist. Ansonsten könnten sie leicht das Gefühl bekommen, daß sie einen Eingriff hinnehmen, der auf Versuch und Irrtum basiert und sich als vollständiger Irrtum herausstellen könnte.²⁶³

Zur Behandlung eines Mikropenis im besonderen, empfahl Money:

Es ist... ziemlich üblich, den Eltern zu empfehlen, daß sie ein männliches Baby mit einem Mikropenis als ein Mädchen erziehen. Dies ist natürlich eine Entscheidung, die zu treffen für die Eltern sehr schwierig ist, und ihnen müssen alle möglichen Informationen gegeben werden, um das Grundprinzip und die Folgen der Entscheidung zu verstehen. Zu allererst, müssen sie [die Eltern] wissen, daß Geschlechtsidentität und -rolle nicht allein vorbestimmt sind durch genetische und vorgeburtliche Ereignisse, sondern daß ihre Differenzierung auch sehr stark ein nachgeburtlicher Prozeß und in hohem Maße ansprechbar auf soziale Stimulation und Erfahrung ist. Daher müssen sie darin bestärkt werden, daß ihr Baby sozial als ein Mädchen aufwachsen und sich als eine Frau verlieben kann.²⁶⁴

Die Versicherungen, die zu vermitteln die Berater gedrängt wurden, bezüglich der Effektivität und der Grundlage der Behandlung, waren nicht zutreffend, weil die einzige Erfahrung, von der die Klinikärzte berichten konnten, tatsächlich gezogen war von anekdotenhaften und unvollständigen Fallberichten, die in der medizinischen Literatur erschienen.²⁶⁵ Daher führten praktizierende Ärzte, die den Beratungsempfehlungen folgten, Eltern in die Irre, indem sie ihnen versicherten, daß die Behandlung funktionieren würde, ohne daß sie eine zuverlässige Basis für diese Grundannahme gehabt hätten.

5. Ignorierung des Rechts des Kindes auf eine offene Zukunft

Der chirurgische Eingriff ist gefördert worden als ein Weg, dem intersexuellen Kind ein „normaleres“ Leben anzubieten. Bemerkenswerterweise ignorieren die Befürworter der chirurgischen Behandlung die Möglichkeit, daß das Kind eines Tages eine andere Vorstellung von „normal“ haben und eine andere Richtung der Behandlung wollen könnte, oder gar keine.²⁶⁶ Die chirurgischen Befürworter lassen die Möglichkeit, daß der intersexuelle Erwachsene verlangen könnte, an den Behandlungsentscheidungen teilzuhaben, unberücksichtigt.²⁶⁷

Eine bedeutende Regel aus der Ethik aus dem Bereich der Gentests an Kindern entwickelt sich, die der Autonomie des Kindes und seinem Recht auf eine offene Zukunft mehr Gewicht zugestehen würde, wenn medizinische Entscheidungen getroffen werden. Vor kurzem empfahl Laurence McCullough, ein Medizinethiker am Baylor College für Medizin, Zentrum für Medizinethik und Gesundheitspolitik:

Wenn genetische Konditionen, für die das Risiko besteht, daß sie bei einem Kind vorliegen, keine bio-psychologischen Konsequenzen haben bis zur Jugend oder zum Erwachsenenalter, sollten Gentests für solche Konditionen hinausgeschoben werden auf später, wenn das Kind sich als Jugendlicher mit einer Informierten Genehmigung oder als Erwachsener mit einer Informierten Einwilligung beschäftigen kann. Intersexuelle Konditionen, die weder lebensbedrohlich sind, noch chronische Krankheit mit sich bringen, sollten nach dieser Regel behandelt werden. Intersexuelle Konditionen, die chronisch sind, und die bis zur Jugend oder zum Erwachsenenalter behandelbare psychosoziale Folgen mit sich bringen, sollten nach dieser Regel gehandhabt werden.²⁶⁸

Daher empfiehlt er, daß in der Abwägung der Wünschenswürdigkeit von normal aussehenden Genitalien mit Ausschließung der Fähigkeit des Kindes zur späteren Einwilligung, sich die Wagschale zugunsten der hinausgeschobenen Behandlung neigt.²⁶⁹

IV. Lernen von der Vergangenheit: Was sollte die Zukunft beinhalten?

Einige Leute zweifeln zunehmend an der Effizienz der frühen Operationen und viele mehr geben zu, daß weitere wissenschaftliche Untersuchungen benötigt werden²⁷⁰. Ausgehend vom aktuellen Stand des medizinischen Wissens, legen ethische Überlegungen nahe, daß der Kurs der Behandlung sich ändern sollte. Medizinische Unsicherheit, zusammen mit der Unfähigkeit des Kleinkinds, in diese lebensverändernde Behandlung einzuwilligen, und dem Recht des Kindes auf eine offene Zukunft, legen nahe, daß ein „Aufschub“ für die Chirurgie an Kleinkindern der beste Kurs ist, wenn die Chirurgie einzig das Ziel hat, uneindeutige Genitalien kosmetisch zu verändern.²⁷¹

Diese Kritiker machen geltend, daß Eltern von Kindern mit uneindeutigen Genitalien besser dahin gehend beraten würden, die psychosozialen Folgen der genitalen Unterschiede zu behandeln, als eine chirurgische Antwort zu wählen. Nicht-chirurgische Herangehensweisen wie z. B. individuelle und Familien-Beratung, um das Stigma zu mildern und Bewältigungsstrategien zu entwickeln, bewahren das Recht des Kindes auf Selbstbestimmung.²⁷²

Jene, die schon der chirurgischen Behandlung unterzogen wurden, zeigen die aktuellen ethischen

Dilemmas auf im Licht der Entdeckung, daß manche weiterhin mit sozialgeschlechtlicher Verwirrung kämpfen, unbeantwortete medizinische Fragen haben, und keine Informationen darüber erlangen können, welche chirurgischen Verfahren an ihnen durchgeführt wurden, als sie Kleinkinder waren. Es gibt keinen vernünftigen Grund, warum das Schweigen um die frühe Behandlung bis ins Erwachsenenalter fortbestehen sollte. Die unvollständigen und unrichtigen medizinischen Informationen können resultieren in falschen Vermutungen über die tatsächlichen Gesundheitsrisiken, denen die Menschen ausgesetzt sind.²⁷³ Gonadenentnahme z.B. setzt den Patienten einem definitiven Osteoporoserisiko aus und schafft einen Bedarf für lebenslängliche Hormonersatzbehandlung.²⁷⁴ Erwachsene intersexuelle Menschen berichten, daß ihre Versuche, eine klare Diagnose zu bekommen, und die Behandlung zu verstehen, der sie als Kleinkind unterzogen wurden, oft enttäuscht werden.²⁷⁵ Daher schlagen einige Kritiker vor, daß mit den Patienten, die als Kleinkind behandelt wurden, und deren Behandlung umhüllt wurde mit Schweigen, wieder Kontakt aufgenommen werden sollte, damit man sie mit vollständigen medizinischen Informationen versorgen kann.²⁷⁶ Wichtig ist, daß in dem Maße, wie neues Wissen über den J/J-Fall nahe legt, daß fortdauernde medizinische und psychologische Risiken bestehen, die gemieden oder verringert werden können durch medizinische Informationen, praktizierende Ärzte fortgesetzte ethische und rechtliche Pflichten gegenüber ihren früheren Patienten haben können.²⁷⁷

Abschließende Gedanken

Wir begannen diesen Artikel mit den Geschichten von zwei jungen Männern. Einer hatte einen Prozeß gegen die Ärzte erwogen, war aber davon abgekommen, als er erfuhr, daß der Standard bezüglich medizinischer Kunstfehler in seinem Staat Ärzte schützte, die den Standards der Praxis ihrer Berufsgemeinschaft folgten.

Der andere junge Mann war gerade dabei, herauszufinden, was geschehen war, als er ein Kind gewesen war.²⁷⁸ Ihre Geschichte ähneln in bemerkenswertem Maße der von J/J. Nur durch fortgesetzte medizinisch-detektivische Arbeit, die veranlaßt war durch ihre tief verwurzelten Gefühle, daß sie nicht zu ihrem angeleglichen Geschlecht gehörten, waren sie in der Lage, zu erfahren von der gescheiterten chirurgischen Behandlung, der sie in der Kindheit unterworfen worden waren. Weder die Eltern noch die Ärzte gaben ihnen Informationen, bis sie damit konfrontiert wurden.²⁷⁹ Wie J/J blickt nun jeder der beiden jungen Männer einem Leben mit medizinischer und chirurgischer Behandlung entgegen, um ihn zu seinem bevorzugten sozialen Geschlecht zurückzubringen.

Was wäre die Reaktion der Geschworenen, wenn es ihre Aufgabe wäre, über den Behandlungsstandard zu urteilen, den Klinikärzte in diesen Fällen anwendeten? In Gerichtsurteilen, die Helling vs. Carey und die Anwendung allgemeiner Fahrlässigkeitsprinzipien auf Kunstfehlerprozesse ablehnen, erweist sich das Schadensersatzrecht als machtlos darin, die medizinische Gemeinschaft verantwortlich zu machen für Entscheidungen, die auf gescheiterten medizinischen Standards beruhen, oder darin, einen Wandel zu fördern. Diese Urteile setzen voraus, daß die inneren Sicherheitsmechanismen des medizinischen Berufsstands die Öffentlichkeit schützen würden, und daß die so entwickelten Standards juristische Ehrerbietung verdienen würden. Urteile, die Helling ablehnen, setzen voraus, daß der Behandlungsstandard der medizinischen Gemeinschaft aus kollektiver Weisheit entspringe, und nicht aus kollektiver Ignoranz. Es liegt gerade in diesen Umständen, daß die Weisheit von Richter Hand am wahrsten klingt.

Glücklicherweise hat die Doktrin der Informierten Einwilligung mehr Möglichkeiten, kollektive Praktiken zu verändern. Die Praxis der Täuschung und Geheimhaltung war ethisch niemals gut begründet. Vor allem nach den Urteilen, die einen patienten-orientierten Standard angenommen haben für die Beurteilung der Informierten Einwilligung, ist der Beratungsansatz, den Klinikärzte in der Vergangenheit angewendet, nicht länger zu verteidigen. Die Doktrin der Informierten Einwilligung erfordert von Ärzten, daß sie wesentliche Daten einschließlich Risiken, Effizienz und Alternativen den Patienten, oder deren Eltern, offenlegen, um sie in die Lage zu versetzen,

informierte Entscheidungen zu treffen. Der patienten-orientierte Standard läßt wenig Raum für die Ungenauigkeit und die Geheimhaltung, die früher bei der Beratung von Eltern und Patienten angewendet wurden. Wenn man Eltern vollständigere Erläuterungen über die Risiken, einschließlich der vor kurzem berichteten Fälle des Scheiterns der Behandlung, und Informationen über die erfolgreiche Anpassung von Menschen, die ohne Operation aufgewachsen waren, zur Verfügung stellt, kann dies die elterliche Einwilligung gut zügeln.

Schließlich würden wahrscheinlich wenige Eltern einwilligen in solch eine ausgedehnte Behandlung, wenn die Ärzte ihnen eröffnen würden, daß es keinen wissenschaftlichen Beweis gibt, der die Grundannahme, auf der die Behandlung beruht, unterstützen würde, und daß das Kind letztendlich die Behandlung ablehnen könnte, und dadurch, daß es ihr unterzogen wurde, in eine schlechtere Lage versetzt sein könnte.²⁸⁰

Schließlich kann eine vollständigere Darstellung der ethischen Dimensionen der Behandlung und der Pflichten der Informierten Einwilligung eine vorsichtiger Herangehensweise an chirurgische Eingriffe bewirken.²⁸¹ Wenn man das Recht des Kindes auf eine offene Zukunft als Teil der entscheidungsmäßigen Abwägung betrachtet, kann dies einen maßvolleren Ansatz in diesen schwierigen Fällen bewirken. Abzuwarten, um zu sehen, was das Kind wünscht, ist der feinfühligste Ansatz, denn, und es ist oft festgestellt worden: Das wichtigste Geschlechtsorgan befindet sich eher zwischen den Ohren als zwischen den Beinen.²⁸²

Fußnoten

*Assistenz-Jura-Professorin an der William S. Richardson School of Law, University of Hawaii. J. D. 1991, Ph. D. 1985, University of Hawaii; B.A. 1973 University of Arizona

** Professor der Anatomie an der John A. Burns School of Medicine, University of Hawaii. Ph. D. 1962, University of Kansas; B.S. 1955, City College of New York. Die Autoren danken Kenneth Kipnis, Sylvia A. Law, Julie Greenberg und Sherri A. Groveman für die Überprüfung und Besprechung der frühen Entwürfe oder Auszüge.

¹ Die Aufzeichnungen dieser Interviews befinden sich in einer Akte im Besitz der Autoren. Der eine junge Mann hatte ein Androgen-Insensitivitäts-Syndrom. Innerhalb von Wochen nach seiner Geburt wurden sein kleiner Penis und seine Hoden entfernt und eine Vulva geschaffen, und er wurde als Mädchen erzogen. Der andere junge Mann hatte einen Mikropenis und Hypospadias aus unbekannter Ursache. Im Alter von zwei Monaten waren seine Hoden entfernt worden, und er wurde auch als ein Mädchen erzogen. Beide lehnten unabhängig voneinander ihre weibliche Gestalt im Teenageralter ab und leben heute als Männer.

² Intersexuelle Menschen sind solche, die gleichzeitig mit typisch männlichen und weiblichen biologischen Merkmalen geboren werden. Zum Beispiel könnten sie einen Eierstock und einen Hoden haben, oder Gonaden, die Merkmale sowohl von ovariellen, als auch von testikulärem Gewebe enthalten, sie können Chromosomen als XXY, XO oder andere Anordnungen haben. Es gibt mehr als ein Dutzend Kategorien von Intersexualität. Siehe Melvin M. Grumbach & Felix A. Conte, Disorder of Sex Differentiation, in Williams Textbook of Endocrinology S. 1303, 1331 (J.D. Wilson et al., 9. Ausgabe 1998).

Uneindeutige Genitalien sind körperliche Abweichungen, bei denen die Genitalien nicht eindeutig als männlich oder weiblich zu identifizieren sind. Sie werden häufig bei der Geburt entdeckt und sind ein Anzeichen von Intersexualität. Grumbach & Conte, s. o., S. 1401

³ Siehe Fußnoten 12, 109, 113.

⁴ „Soziales Geschlecht“ (Gender), wie es in diesem Papier benutzt wird, ist ein sozialer Begriff, der für die sozialen Konditionen von Jungen und Mädchen und Mann und Frau steht. Dies steht im Gegensatz zu den

biologischen Begriffen von männlich und weiblich. Es es daher offensichtlich, daß ein bio- logischer Junge/Mann als Mädchen und Frau leben kann, und ein biologisches Mädchen/eine biologi- sche Frau als Junge oder Mann.

⁵Siehe Fußnoten 111-115

⁶Siehe Fußnote 12

⁷Siehe John Money, et al., An Examination of Some Basic Sexual Concepts: the Evidence of Human Hermaphroditism, 97 BULL. JOHNS HOPKINS HOSP. S. 301 (1955) ("Anstelle der Theorie einer instinktiven Männlichkeit oder Weiblichkeit, die angeboren ist, liefert die Augenscheinlichkeit des Hermaphroditismus Unterstützung für eine Vorstellung, daß die Sexualität psychologisch bei der Ge- burt undifferenziert ist, und sich zum männlichen oder weiblichen entwickelt im Laufe der verschie- denen Erfahrungen während des Aufwachsens"); John Money, Cytogenetic and Psychosexual incongruities with a note on space form Blindness. 119 AM. J. PSYCH. S. 820 (1963) (" Es ist ver- nünftiger, einfach anzunehmen, daß, wie die Hermaphroditen, die gesamte Menschheit demselben Muster folgt, nämlich, der psychologischen Undifferenziertheit bei Geburt."). In den frühen Tagen wa- ren die Intersexuellen bekannt als Hermaphroditen und Pseudohermaphroditen.

⁸Milton Diamond war einer der zwei Forscher, die den Patienten der medizinischen Literatur in 1997 wieder vorstellten. Siehe Milton Diamond & H. Keith Sigmundsson, Sex Reassignment at Birth: Long Term Review and Clinical Implications, 151 Archives Pediatric Adolescent Med. 298 (1997) [zu zitie- ren Diamond & Sigmundsson, Sex Reassignment].

⁹Siehe Erörterung unter Teil II.

¹⁰Siehe Fußnoten 35-48 und den dazu gehörenden Text

¹¹Für Berichte über den John/Joan-Fall, siehe Milton Diamond & H. Keith Sigmundson, Sex Reassignment, siehe Fußnote 8; Milton Diamond & H. Keith Sigmundsson, Management of Intersexuality: Guidelines for Dealing with Persons with Ambiguous Genitalia, 151 ARCHIVES PEDIATRIC ADOLESCENT MED. S. 1046 (1997) [nachfolgend Diamond & Sigmundsson, Managment of Intersexuality]; Kenneth Kipnis & Milton Diamond & Kenneth Kipnis, Pediatric Ethics and Surgical Assignment of Sex, 9 J. CLIN. ETHICS S. 398 (1998) [nachfolgend Kipnis & Diamond, Pediatric Ethics]. Colapinto liefert die eingehendste Untersuchung von J/Js Leben. Siehe John Colapinto, The True Story of John/Joan, ROLLING STONE, 11. Dez. 1997, S. 54 [nachfolgend Colapinto, The True Story]; siehe auch John Colapinto, AS NATURE MADE HIM: THE BOY WHO WAS RAISED AS A GIRL (2000)*. Harper Collings, New York. [nachfolgend Colapinto, As Nature Made Him]. Anne Fausto-Sterling, Sexing The Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality S. 66-71 (2000); Simon Le Vay, Queer Science: The Use and Abuse of Research into Sexuality, S. 103-105 (1996).

* *Anmerkung der Übersetzer: Das Buch von Colapinto gibt es mittlerweile auch in deutscher Fas- sung unter dem Titel „Der Junge, der als Mädchen aufwuchs“ (© 2000 Patmos Verlag GmbH & Co Kg, Walter Verlag Düsseldorf/ Zürich, ISBN-Nr. 3-530-421154-5)*

¹²Siehe SUZANNE J. KESSLER, LESSONS FROM THE INTERSEXED 6 (1998) (kommentiert: „Praktisch bezieht sich alles akademische Schreiben über körperliches und soziales Geschlecht auf ei- nen Fall, den zuerst der Sexologe John Money in 1972 beschrieb."); Alice Domurat Dreger, "Ambiguous Sex" -- or Ambivalent Medicine? Ethical Issues in the Treatment of Intersexuality, HASTINGS CENTER REP. Mai-Juni 1998, S. 24, 26 (beschreibt die Durchsetzung des chirurgischen Standards). Für Bezugnahmen zum chirurgischen Standard, siehe JOHN MONEY & ANKE A. EHRHARDT, MAN & WOMAN/BOY & GIRL: The Differentiation and Dimorphism of Gender Identity From Conception to Maturity (1972) [nachfolgend Money & Ehrhardt, Man & Woman]; Alan D. Perlmutter, Intersex in Urologic Surgery in Infants and Children 2,15 . (Lowell R. King, ed. 1997); Howard C. Snyder III, Management of Ambiguous Genitalia in Neonates, in Urologic Surgery in Neonates & Young Infants S. 346, 369-370 (Lowell R. King ed., 1988); C. R. J. Woodhouse, Ambiguous Genitalia and Intersexuality -- Micropenis, in PEDIATRIC UROLOGY S. 689, 690 (Barry O'Donnell & Stephen A. Koff, 3. Ausgabe 1997); American Academy of Pediatrics, Timing of Elective Surgery on the Genitalia of Male Children with Particular Reference to the Risks, Benefits, and Psychological Effects of Surgery and Anesthesia, 97 PEDIATRICS S. 590 (1996) [nachfolgend Timing of Elective Surgery]; Patricia K. Donahoe et al., Clinical Management of Intersex Abnorma- lities, 28 Current Probs. Surgery, S. 517, 527 (1991); Kurt Newman et al., The Surgical

Management of Infants and Children With Ambiguous Genitalia: Lessons Learned from Gender Reassignment in Children: Ethical Conflicts in Surrogate Decision Making, 24 *Pediatric Nursing* 59 (1998); Emily Nussbaum, A Question of Gender, *Discover*, Jan. 2000, S. 92, 93-94

¹³Der Penis des Kindes war "blutüberströmt und abgetrennt worden von der Bauchwand" während einer Elektrokauterisation, die den gesamten Penis verbrannte, wodurch er schließlich abstarb und sich ablöste. MONEY & EHRHARDT, MAN & WOMAN, *siehe Fußnote 12*, auf S. 118. Penisamputation oder -verletzung kommt vor bei chirurgischen oder anderen Unfällen während der Kindheit. Sie sind nicht üblich, aber auch nicht selten. Siehe z. B. Bernardo Ochoa, Trauma of the External Genitalia in Children: Amputation of the Penis and Emasculation, 160 *J. UROLOGY* S. 1116 (Sept. 1996) (berichtet von sieben Fallstudien); Joan McQueeney Mitric, Merits of Circumcision A Subject of Dispute Disfigurement Leads to Two Lawsuits in Atlanta, *WASH. POST*, 23. Okt. 1986, Z9 (berichtet davon, daß zwei Babies am gleichen Tag Verbrennungen erlitten während einer Beschneidung und am gleichen Tag einer geschlechtsverändernden Operation unterzogen wurden wegen der Schwere der Gewebeerstörung); Tracy Thompson, Two Atlanta Physicians Get Reprimand Over Babies' Burns Suffered During Circumcisions, *ATLANTIC J. & CONST.* 8. November 1986, B1

¹⁴Der Plan wurde entwickelt, wie folgt: "Die Eltern quälten sich zu der Entscheidung, es mit einem Wechsel von Name, Kleidung und Frisur zu versehen, als das Baby siebzehn Monate alt war. Vier Monate später wurde der erste chirurgische Schritt der genitalen Rekonstruktion als ein Mädchen vollzogen, der zweite Schritt, die Vaginoplastie (Anlegung einer künstlichen Vagina), hinausgeschoben, bis der Körper voll ausgewachsen sein wird. Pubertäres Wachstum und Verweiblichung werden reguliert werden durch Hormontherapie mit Östrogen." MONEY & EHRHARDT, MAN & WOMAN, *siehe Fußnote 12*, S. 118-19. Das Kind erduldet eine Orchiektomie (chirurgische Entfernung der Hoden) und vorbereitende Chirurgie vor dem Alter von zwei Jahren. Diamond & Sigmundson, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 12*, S. 298, 299.

¹⁵Die Namen sind Pseudonyme. Siehe Colapinto, *As Nature Made Him*, *siehe Fußnote 11*, auf S. xv; Diamond & Sigmundsson, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 11*, S. 299; Colapinto, *The True Story*, *siehe Fußnote 11*, S. 56. Um voranzukommen, hat John, dessen wirklicher Name David Reimer ist, eingewilligt, durch die Veröffentlichung von Colapintos Buch in der Öffentlichkeit zu erscheinen. Kitzinger schreibt über die weitreichenden Auswirkungen, die der Fall auch auf die Sozialwissenschaften hat: "Der John/Joan-Fall ist immer noch eine der am meisten zitierten Studien in sozialwissenschaftlichen Lehrbüchern über sozialgeschlechtliche Themen. Seine Beliebtheit bei Lehrbuchautoren ist beachtlich, vor allem wegen...der Art des Fall (die besser zur Science Fiction als zur Wissenschaft zu passen scheint). Celia C. Kitzinger, *Gender, Sex and Knowledge: The Construction of the John/Joan Case in Social Science Textbooks* (in Kürze erscheinend, Manuskript liegt den Autoren vor).

¹⁶MONEY & EHRHARDT, MAN & WOMAN, *siehe Fußnote 12*, S.119.

¹⁷Diamond & Sigmundson, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 11*, S. 302. Seltsamerweise hatte Money in einem in 1968 veröffentlichten Text Eltern von einem Umzug abgeraten: ". . . es wurde in der Vergangenheit üblicherweise kommentiert, daß, wenn eine neue Eintragung des Geschlechts notwendig sei, die Eltern in eine neue Stadt ziehen sollten, eine neue Arbeitsstelle finden, alle Verbindungen mit der Vergangenheit trennen, und ein neues Leben beginnen. Ich bin zu dem Ergebnis gekommen, daß diese Formel völlig unhaltbar ist." JOHN MONEY, *SEX ERRORS OF THE BODY: DILEMMAS, EDUCATION, COUNSELING*" auf S. 61 (erstmalig veröffentlicht in 1968) [nachfolgend Money, *Sex Errors* 1968]. Für Bezüge auf die zweite Ausgabe ist zu zitieren Money, *Sex Errors* 1994.

¹⁸Siehe Colapinto, *The True Story*, *siehe Fußnote 11*, S.68.

¹⁹Siehe Money, *Ablatio Penis: Normal Male Infant Sex Reassignment as a Girl*, 4 *Archives of Sexual Behaviour* 65 (1975) [nachfolgend Money, *Ablatio Penis*]; siehe auch Colapinto, *The True Story*, *siehe Fußnote 11*, S. 56

²⁰Money berichtete z.B.: Im Hinblick auf die häuslichen Aktivitäten, wie z. B. die Arbeit in Küche und Haus, die traditionell als Teil der weiblichen Rolle gesehen werden, berichtete die Mutter, daß ihre Tochter sie nachahmte, indem sie versuchte, ihr zu helfen beim Aufräumen und Reinigen der Küche, während sich der Junge nicht weniger darum hätte kümmern können. Sie bestätigte ihre Tochter, wenn sie ihr bei der Hausarbeit hilft. MONEY & EHRHARDT, MAN & WOMAN, *siehe Fußnote 12*, S. 121. Jedoch, so führte er fort, „hatte das Mädchen viele jugenhafte Züge, wie z. B. überschüssige körperliche Energie, einen

hohen Grad an Aktivität und Eigensinnigkeit, und war oft die dominierende in der Mädchengruppe. Money & Ehrhardt, *Man & Woman*, *siehe Fußnote 12*, S. 122.

²¹ Siehe Colapinto, *The True Story*, *siehe Fußnote 11*, S. 68.

²² MONEY & EHRHARDT, *MAN & WOMAN*, *siehe Fußnote 12*, S. 120. Die Mutter stellte fest, daß es Zeiten gab, in denen das Mädchen einen "Penis-Neid" hatte, wenn es den Penis seines Zwillingbruders im Bad sah. Siehe auch Money & Ehrhardt, *Man & Woman*, *siehe Fußnote 12*, S.121.

²³ Eine BBC-Dokumentation in 1980 legte nahe, daß die Behandlung im Fall der Zwillinge sich nicht so erfolgreich entwickelte wie die früheren Berichte angaben. Siehe Milton Diamond, *Sexual Identity, Monozygotic Twins Reared in Discordant Sex Roles and a BBC Follow-up*, 11 ARCH. SEXUAL BEH. S.181, 183 (1982) [nachfolgend Diamond, *BBC Follow - Up*] (beschreibt und zitiert P. Willi-ams & M. Smith, *Open Secret: The First Question*. (Science Series, BBC Fernsehproduktion 1980)).

²⁴ Siehe Diamond, *BBC Follow-Up*, *siehe Fußnote 23*, S. 183.

²⁵ Colapinto schreibt, daß Money weiteren Kontakt mit den Zwillingen hatte, aber darüber wurde nicht berichtet. Siehe Colapinto, *AS NATURE MADE HIM*, *siehe Fußnote 11*, S.149.

²⁶ siehe Diamond & Sigmundson, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 8*, auf S. 300; Colapinto, *As Natur Made Him*, *siehe Fußnote 8*, S. 71.

²⁷ siehe Diamond & Sigmundson, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 11*, S. 300.

²⁸ Siehe Fußnote 81.

²⁹ Siehe Colapinto, *As Nature Made Him*, *siehe Fußnote 11*, S. 199-204. Noch bemerkenswerter ist, daß es sich nun zeigt, daß vor den J/J-Berichten in den 1970er Jahren Daten zur Verfügung standen, die nahe legen, daß intersexuelle Menschen, die man sich ohne Operation entwickeln gelassen hatte, trotzdem im allgemeinen zufriedenstellende Anpassungen erreichten. Bezeichnenderweise wurden diese von John Money in den 1950er Jahren gesammelten Daten nicht in der Fachliteratur veröffentlicht. Wären sie berichtet worden, hätten sie sich höchstwahrscheinlich mäßigend auf die eingeführte chirurgische Behandlungsmethode ausgewirkt. Siehe Colapinto, *AS NATURE MADE HIM*, S. 233-235.

³⁰ Nach dem weithin veröffentlichten Bericht über den J/J-Fall von Diamond und Sigmundsson in 1997 erkannte Money in 1998 das Scheitern der Behandlung an, aber stellte die Theorie auf, daß andere Variablen einschließlich der Hinausschiebung von Operationen das Kind dazu gebracht haben könnten, das angegliche soziale Geschlecht zurückzuweisen. Siehe John Money, *Sin, Science, and the Sex Police: Essays on Sexology and Sexosophy*, S. 314-319 (1998) [nachfolgend Money, *Sex Police*]. Colapinto berichtete, daß Money in 1975 wußte, daß Joan sexuelle Fantasien über Mädchen hatte, ihr Vater berichtete, daß Money ihn fragte, „wie sie sich damit fühlten, eine Lesbe zu erziehen“, doch die-ser „klinische Befund war nicht in seinem nächsten Bericht über die Zwillinge, der in 1975 erschien.“ Colapinto, *The True Story*, *siehe Fußnote 11*, S.70. Während er weiterhin ihr jugenhaftes Auftreten zur Kenntnis nahm, stellte Money fest, daß „ihr Verhalten... das eines aktiven kleinen Mädchens ist, und so in klarem Gegensatz zur jugenhaften Art ihres Zwillingbruders.“ Money, *Ablatio Penis*, *siehe Fußnote 19*, S. 71

³¹ Siehe Fußnote 81.

³² Diamond hatte Money's Theorien seit den 1960er Jahren abgelehnt, aber Money ließ sich von Kritikern nicht von seiner Meinung abbringen. MONEY & EHRHARDT, *MAN AND WOMAN*, *siehe Fußnote 12*, S. 154 (zitiert und kritisiert Arbeiten von Diamond u. a., die die Richtigkeit der frühen chirurgischen Eingriffe in Frage stellten). Money verteidigt seine Arbeit weiterhin. Siehe Money, *Sex Police*, *siehe Fußnote 30*, S. 314-323 (1997) (antwortet auf Kritiker, einschließlich Milton Diamond); siehe auch Fausto-Sterling, *siehe Fußnote 11*, auf S. 69-71.

³³ In 1994, fand der Mit-Autor dieses Artikels, Milton Diamond, den Zwilling mit Unterstützung von H. Keith Sigmundsson, einem Psychiater am Gesundheitsministerium in Victoria, British Columbia, der J/J unter Money's Aufsicht behandelt hatte. Diamond brauchte ein Dutzend Jahre, um Sigmundsson zu finden und Kontakt mit ihm aufzunehmen.

³⁴ Obwohl er erst zögerte, mit Diamond zusammenzuarbeiten bei der Verfolgung dieses Falls, wurde Sigmundsson schließlich überzeugt, daß dies von größtem Interesse für die Medizin war. Sigmundsson bekennt, daß er von Diamond's fortgesetzten Versuchen, mit ihm Kontakt aufzunehmen, wußte, „aber ich konnte mich selbst nicht dahin bringen, darauf zu antworten.“ Colapinto, *The True Story*, *siehe Fußnote 11*, S. 92. Er gab zu, „eine große Angst vor John Money gehabt zu haben... Er war der große Mann. Der Guru. Ich wußte nicht, was es mit mit meiner Karriere machen würde.“ Colapinto, *The True Story*, *siehe Fußnote 11*, S. 92. John, nun ein verheirateter Mann, willigte auf Drängen von Sigmundsson und Diamond hin ein, mit ihnen zusammenzuarbeiten, nachdem er von seinem Lehrbuch-ruhm „als ein Erfolg“ erfahren hatte, in seine eigene Anstrengung, diese Form von Behandlung an anderen zu stoppen. Siehe Colapinto, *The True Story*, *siehe Fußnote 11*, S. 94.

³⁵ Diamond & Sigmundson, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 11*, S.300; Colapinto, *The True Story*, *siehe Fußnote 11*, S. 92.

³⁶ Diamond & Sigmundson, *siehe Fußnote 11*, *Sex Reassignment*, S. 299-300.

³⁷ Diamond & Sigmundson, *siehe Fußnote 11*, *Sex Reassignment*, S. 300.

³⁸ Diamond & Sigmundson, *siehe Fußnote 11*, *Sex Reassignment*, S. 300.

³⁹ Colapinto, *The True Story*, *siehe Fußnote 11*, S. 70.

⁴⁰ Colapinto, *AS NATURE MADE HIM*, *siehe Fußnote 11*, S. 54.

⁴¹ Colapinto, *The True Story*, *siehe Fußnote 11*, S. 72

⁴² Colapinto, *AS NATURE MADE HIM*, *siehe Fußnote 11*, S. 178-179.

⁴³ Diamond & Sigmundson, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 11*, S. 300.

⁴⁴ Diamond & Sigmundson, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 11*, S. 302. Die Hoden sind die Haupt-quelle für Androgene (männliche Hormone). Diese Substanzen werden benötigt für die normale männliche Entwicklung und die körperlichen Abläufe an jedem Tag.

⁴⁵ Diamond & Sigmundson, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 11*, S. 300.

⁴⁶ Diamond & Sigmundson, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 11*, S. 302.

⁴⁷ Diamond & Sigmundson, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 11*, S. 301. (erläutern, daß, obwohl J/J's Hoden entfernt wurden, hat er trotzdem noch seine Nebendrüsen behalten hat, die Prostata und die Samenbläschen, und diese tragen, mehr als das Sperma, zur Masse der Samenflüssigkeit bei.)

⁴⁸ siehe allgemein Diamond & Sigmundson, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 11*

⁴⁹ Siehe allgemein Mark A. Hall, *The Defensive Effect of Medical Practice Policies in Malpractice Litigation*, 54 *LAW & CONTEMP. PROBS.* S.119, 126-29 (1991).

⁵⁰ Siehe NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *THE BELMONT REPORT: ETHICAL PRINCIPLES AND GUIDELINES FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF RESEARCH 3* (1979) [nachfolgend BELMONT REPORT]. Der Belmont Report bleibt ein Grund-stein der Richtlinien des Nationalen Gesundheitsinstituts für Forschung am menschlichen Subjekt. Siehe PROTECTING HUMAN RESEARCH SUBJECTS INSTITUTIONAL REVIEW BOARD GUIDEBOOK xxi-xxiii & Appendix 6 (DHHS 1993) [nachfolgend Human Research Subjects]

⁵¹ BELMONT REPORT, *siehe Fußnote 50*, S.3.

⁵² Dale H. Cowan, *Innovative Therapy Versus Experimentation*, 21 *TORT & INS. L.J.* S. 619, 621 (1986) (zitiert NATIONAL COMMISSION, *REPORT & RECOMMENDATIONS: RESEARCH INVOLVING CHILDREN* (DHEW Pub. No. (OS) 77-0004, 1977)). Siehe auch BARRY FURROW, et. al, 1 *HEALTH LAW* § 6-5, S. 386 (1995) (erörtert medizinische Innovation); Dieter Giesen, *Civil Liability of Physicians for New Methods of Treatment and Experimentation: A Comparative Examination*, 3 *MED. L. REV.* 22 (1995).

⁵³ Cowan, *siehe Fußnote 52*, S. 621; Giesen, *siehe Fußnote 52*, S.33.

⁵⁴ Cowan, *siehe Fußnote 52*, S. 621-622.

⁵⁵ BELMONT REPORT, *siehe Fußnote 50*, S. 3; *siehe auch Giesen, siehe Fußnote 52*, S. 33. Wenn dem Experimentieren die Innovation folgt, liefern institutionelle Review Boards eine frühe Veröffentlichung und Besprechung ethischer Themen. Keine solche Besprechung erscheint, wenn eine innovative Therapie in einer ad-hoc- Art und Weise zum Standard wird.

⁵⁶ Andere haben dieses Phänomen im Hinblick auf die medizinischen Praktiken festgestellt, die vor ihrer Bestätigung zum Standard wurden. Zum Beispiel D. H. SPODICK, 1973, *The Surgical Mystique and the Double Standard*, 85 AMERICAN HEART JOURNAL, S. 579-583, fand heraus, nachdem es 70 Berichte aus Fachzeitschriften, die 1971 erschienen waren, überprüft hatte, daß 9 von 16 medizinischen Behandlungsstudien kontrolliert wurden; keine von 49 Studien über chirurgische Eingriffe schloß eine kontrollierte Studie ein. Man bedenke den folgenden Kommentar:

Da folgt eine Periode, in der die Innovation (mit professioneller und öffentlicher Unterstützung und Legitimation durch staatliche Förderung und Deckung von dritter Seite) den privilegierten Status eines „Standardverfahrens“ erlangt. Eine Zeit lang wird sie allgemein akzeptiert von interessierten Gruppen als der angemessenste Weg des Vorgehens bei einem speziellen Problem oder einer speziellen Situation. Es ist wahrscheinlich nicht richtig, sich auf die Handlung hier als „Innovation“ zu beziehen, ...denn auf dieser Stufe ist sie gereift von bloß einer weiteren viel versprechenden Vorstellung (etwas neuem mit großen Möglichkeiten) zu einer Position, eine etablierte und respektierte Handlung zu sein. Obwohl es einen Widerstand gegen das Berichten erfolgloser oder ungünstiger Verfahren gibt, erscheinen sie natürlich, aber werden üblicherweise herunter gespielt als selten, als Ergebnis schlechten Materials, mit dem man zu arbeiten hatte, als Ergebnis öffentlicher Mißverständnisse, usw. .So verwurzelt ist die Handlung geworden, daß es seltenen Mut für einen einzelnen oder eine Gruppe braucht, ihre Effektivität und Wünschenswürdigkeit auch nur in Frage zu stellen. Dies zu tun, bedeutet, wie wir sehen werden, Vergeltungsmaßnahmen von Interessengruppen beruflicher Organisationen, öffentliche Empörung, und in seltenen Fällen Sanktionen vom Staat auf sich zu ziehen.

John B. McKinlay, *From Promising Report to Standard Procedure: Seven Stages in the Career of a Medical Innovation*, 59 MILBANK Q. S. 374, 387-388 (1981); *siehe auch Margaret Lent, Note, The Medical and Legal Risks of the Electronic Fetal Monitor*, 51 STAN. L. REV. S. 807 (1999). Lent erklärt, daß das fötale Monitoring * zur Vermeidung von Hypoxie während der Entbindung Behandlungsstandard in den 1970er Jahren wurde vor wissenschaftlicher Bestätigung seiner Effizienz. Über die Jahre hat sich sein Gebrauch über hoch riskante Entbindungen hinaus ausgedehnt, sodaß diese Technik nun angewendet wird für 83% der amerikanischen Geburten. *Siehe Lent*, S. 812. Nun kommt, in zwölf zufälliggewählten kontrollierten Studien, mit einer Ausnahme, keine zu dem Ergebnis, daß das elektronische fötale Monitoring die fötale Sterblichkeit verringert. *Siehe Lent*, S. 813. Außerdem litt, in einer Studie, die mit fötalem Monitoring untersuchte Gruppe unter einem Anstieg neuronaler Erkrankungen. *Siehe Lent*, S. 814. Insgesamt zweifeln die wissenschaftlichen Studien seine Effizienz überwiegend an. *Siehe Lent*, S. 814-815. Nichtsdestotrotz bleibt das routinemäßige fötale Monitoring mit seinen einhergehenden Kosten an Zeit und Anstrengungen eine verwurzelte Praxis vor der Entbindung, vielleicht aus Angst vor rechtlicher Haftbarkeit bei Beendigung eines etablierten Standards, *siehe Lent*, S. 822-823, oder aus "beruflicher Trägheit." *Siehe Lent*, S. 808.

*Anmerkung der Übersetzer: Unter dem Begriff „elektronisches fötales Monitoring“ faßt man mehrere vorgeburtliche Untersuchungen zusammen. Für die Frage, auf welche Untersuchungen sich Frau Lent im Einzelnen bezieht, verweisen wir auf ihre o. g. Veröffentlichung.

⁵⁷ Nancy M.P. King & Gail Henderson, *Treatments of Last Resort: Informed Consent and the Diffusion of New Technology*, 42 MERCER L. REV. S. 1007 (1991); *siehe auch David A. Grimes, Technology Follies: The Uncritical Acceptance of Medical Innovation*, 269 JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (JAMA), S. 3030: „Der Bedarf für weitergehende Beurteilung sowohl neuer als auch alter medizinischer Technologien wird zu wenig diskutiert. Nichtsdestotrotz, mangelt es vieler, wenn nicht gar der meisten, gegenwärtigen medizinischen Praxis an wissenschaftlicher Untermauerung.“; Robert L. Kane & Judith Garrard, *Changing Physician Prescribing Practices*, 271 JAMA S. 393, (1994).

⁵⁸ King & Henderson, *siehe Fußnote 57*, S.1013; *siehe auch McKinlay, siehe Fußnote 56*, S. 376.

⁵⁹ Siehe McKinlay, *siehe Fußnote 56*, S. 381; siehe auch Donald E. Kacmar, The Impact of Computerized Medical Literature Databases on Medical Malpractice Litigation: Time for Another Helling v. Carey Wake-Up Call?, 58 OHIO ST. L.J. S. 617 (1997)

⁶⁰ Siehe King & Henderson, *siehe Fußnote 57*, S. 1021 (zitiert OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, THE IMPACT OF RANDOMIZED CLINICAL TRIALS ON HEALTH POLICY AND MEDICAL PRACTICE: BACKGROUND PAPER, 98th Cong., 1st Sess. (1983) (schätzt weniger als 10 bis 20 Prozent); Grimes, *siehe Fußnote 57*, S. 3030-3032 (argumentiert, daß viele gegenwärtige medizinische Praktiken immer noch wissenschaftlicher Bestätigung ermangeln); siehe auch Lent, *siehe Fußnote 56*, S. 811-13.

⁶¹ Siehe Grimes, *siehe Fußnote 57*, S. 3031-3032; Kacmar, *siehe Fußnote 59*, (kommentiert: „Ärzte tendieren dahin, bei informellen Informationsquellen, wie z. B. anderen Kollegen, nach Antworten zu suchen, anstatt außerhalb ihrer eigenen medizinischen Kreise nach neuen Studien, Daten oder Verfahren“); King & Henderson, *siehe Fußnote 56*, S.1023 (identifizieren dieses Phänomen als Teil des konzeptionellen Konflikts: „Ist die Medizin im wesentlichen Wissenschaft oder im wesentlichen Behandlung?“); McKinlay, *siehe Fußnote 56*, S. 376. Siehe auch D.L. SACKETT, D. L., et al., EVIDENCE-BASED MEDICINE: HOW TO PRACTICE & TEACH EBM 5-9 (1997) (beschreiben Mängel in der klinischen Praxis).

⁶² Siehe Kacmar, *siehe Fußnote 59*, S. 631-632; Bruce E. Wilson & William G. Reiner, Management of Intersex: A Shifting Paradigm, 9 J. Clin. Ethics, S. 360, 367 (1998) (kommentieren: „Angesichts vieler klinischer Paradigmen-Änderungen werden, in der Ermangelung von Datenmaterial, die Anhänger eines jeden Protokolls zunehmend dogmatisch, daß ihre bevorzugte Herangehensweise besser für den Patienten sei, und daß es unethisch wäre, den Patienten der anderen ‘weniger akzeptablen’ Behandlung auszusetzen. Das Festhalten individueller Klinikärzte an bestimmten vorherrschenden Behandlungssystemen resultiert in der weitergehenden Polarisierung der Paradigmen.“).

⁶³ Siehe Grimes, *siehe Fußnote 57*, S. 3031 (spricht hinsichtlich des Widerstands gegenüber Veränderungen vom „Ruhenlassen schlafender Dogmen“); McKinley, *siehe Fußnote 56*, S.379.

⁶⁴ Siehe SACKETT, *siehe Fußnote 61*, S. 5-9.

⁶⁵ Die Arten von Operationen, die an Kleinkindern mit genitalen Abweichungen durchgeführt werden, sind zahlreich. Geschlechtsangleichung ist die tiefgreifendste, aber andere Operationen haben auch Auswirkungen auf die Möglichkeiten von Erotik und Fortpflanzung. Siehe KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S.40-64 (erörtert chirurgische Eingriffe); MONEY, SEX ERRORS, *siehe Fußnote 17*, S.52-55 (erörtert chirurgische Eingriffe); Diamond & Sigmundson, Management of Intersexuality, *siehe Fußnote 11*, S.1047-48 (erörtern nichtchirurgische Optionen).

⁶⁶ *siehe Fußnote 7*

⁶⁷ Siehe Money, Man & Woman, *siehe Fußnote 12*, S. 152-153, 176, 179; siehe auch Kessler, *siehe Fußnote 12*, S. 14-15; Anne Fausto-Sterling, *siehe Fußnote 11*, S. 45-46, 63. In einem Buch aus dem Jahr 1998 behauptet Money, daß andere Forscher schon früh fälschlich angaben, er hätte behauptet, daß das körperliche Geschlecht geändert werden könnte bis zum Alter von zwei Jahren; und daß er immer erklärt habe, daß „das entscheidende Alter irgendwo um achtzehn Monate herum sei.“ MONEY, SEX POLICE, *siehe Fußnote 30*, S.313. Jedoch war er weniger klar in seinen ursprünglichen Schriften: „Die kritische Periode wird erreicht ungefähr im Alter von achtzehn Monaten. Im Alter von zwei-einhalb Jahren, ist die soziale Geschlechtsrolle schon gut etabliert.“ MONEY, SEX POLICE, *siehe Fußnote 30*, S. 312 (zitiert sein Werk aus 1955). Heute behauptet er, daß J/J's katastrophales Ergebnis das Resultat elterlicher Verzögerung der Operation bis zum 22. Monat sein könnte (neben anderen Möglichkeiten). MONEY, SEX POLICE, *siehe Fußnote 30*, S. 319. Jedoch stellt er auch fest, daß J/J's „soziale Angleichung“ stattgefunden habe im Alter von 17 Monaten. MONEY, SEX POLICE, *siehe Fußnote 30*, S. 315.

⁶⁸ Dreger, *siehe Fußnote 12*, S.29 (bemerkt, daß es einfacher ist, eine „funktionale“ Vagina zu konstruieren als einen Penis).

⁶⁹ Obwohl auch schon vorher einige geschlechtsangleichende Chirurgie stattgefunden hatte, könnte der J/J-Fall als „grundlegender Fall“ für die Rechtfertigung des Behandlungsstandards angesehen werden.

⁷⁰ MONEY & EHRHARDT, Man & Woman, c

⁷¹ Siehe z. B. KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 6-7, 13-14: „Laut allen interviewten Spezialisten basiert die Behandlung intersexueller Fälle auf der Theorie des sozialen Geschlechts, die erstmalig von John Money, J.G. Hampson und J.L. Hampson in 1955 vorgestellt und weiter entwickelt wurde in 1972 von Money und Anke A. Ehrhardt, daß „die Geschlechtsidentität veränderbar sei bis etwa zu einem Alter von 18 Monaten.“

⁷² Siehe allgemein Alice Domurat Dreger, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, S. 181-182 (1998); KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 6. Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 27;

⁷³ Traumatische Verletzung, vor allem von männlichen Kleinkindern, tritt, obwohl sie weniger häufig ist als intersexuelle Geburten, mit ausreichender Häufigkeit auf, um ebenso in der Literatur zu erscheinen. *Siehe Fußnote 13*.

⁷⁴ Es gibt keine genauen Statistiken. Kipnis & Diamond, *Pediatric Ethics*, *siehe Fußnote 11*, S. 401 (zitieren Schätzungen von 1 von 2000; Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 26 (berichtet von Schätzungen von 1 von 500, 1 von 1500, und einer noch größeren Gruppe von Kindern mit „kosmetisch ‘unakzeptablen’ Genitalien“, die möglicherweise im Kleinkindalter einer Reparatur unterzogen würden). Kessler erwähnt besonders und erörtert die Schwierigkeit, die Zahl der Kleinkinder mit intersexuellen Koniditionen und genitalen Abweichungen zu bestimmen. Siehe Kessler, *siehe Fußnote 12*, S.135 Anm. 4. Fausto-Sterling hat kürzlich geschätzt, daß 1,7 Prozent der Geburten intersexuell sind, nach Überprüfung von Literatur, die über das Vorkommen der (einzelnen) Kategorien berichtet. Siehe Fausto-Sterling, *siehe Fußnote 11*, S. 51-52. J/J's ungewöhnlicher Fall von genitaler Verletzung ist auch nicht allein in der medizinischen Literatur. In einer anderen Fallstudie, in der die Langzeitbeobachtung nicht aus den Augen verloren worden war, verlor ein Kind seinen Penis durch eine Verletzung. Das Kind wurde einer Geschlechtsangleichung unterzogen, aber „in der Jugend lehnte der Patient es ab, die hormonelle Medikation fortzusetzen, und verlangte die Geschlechtsangleichung zu einem Jungen.“ Ochoa, *siehe Fußnote 13*, S.1116. Siehe auch Cowley, *Gender Limbo*, *Newsweek*, 19. Mai 1997, S. 64 (berichtet von Biographien und erörtert den sich verändernden Behandlungsstandard).

⁷⁵ Dreger erklärt, warum Jungen chirurgisch zu Mädchen gemacht wurden, während Mädchen als Mädchen belassen wurden:

Klinikärzte, die intersexuelle Kinder behandeln, sprechen oft von Vaginas bei diesen Kindern als der Abwesenheit von etwas, als einen Leerraum, ein „Loch“, einen Platz, um dort etwas hinein zu tun. Das ist es genau, warum die Meinung sich hält, daß „eine funktionale Vagina konstruiert werden kann in eigentlich jedem“, weil es relativ einfach ist, ein insensitives Loch chirurgisch zu konstruieren.

Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 29; siehe auch Diamond & Sigmundson, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 11*, S. 298 (zitieren medizinische Literatur). Während es keinen Beweis dafür gab, daß die konstruierten weiblichen Genitalien ein besserer Ersatz wären, war das simplifizierende Denken zu jener Zeit, daß eine sexuell zufriedenstellend funktionierende Frau lediglich bedeutete, eine weiblich aussehende Vulva und eine Vagina zu haben, die passend ist, um einen Penis in sich aufzunehmen.

⁷⁶ Siehe Wilson & Reiner, *siehe Fußnote 62*, S.362-63 (beschreiben das Behandlungsprotokoll von frühen Operationen).

⁷⁷ Siehe KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 136 Anm. 10; KING, *siehe Fußnote 12*, S.369-70 (berichtet über die vorherrschende Sichtweise: „Bis ungefähr zu einem Alter von 18 Monaten ist die sexuelle Identität nicht festgelegt, und eine Geschlechtsangleichung kann gut von dem Kind toleriert werden.“); Diamond & Sigmundson, *siehe Fußnote 12*, *Sex Reassignment*, S. 298 (zitieren medizinische Texte); Kitzinger, *siehe Fußnote 15*. Siehe z. B. P.K. Donahoe, *siehe Fußnote 12*, S. 527; *Timing of Elective Surgery*, *siehe Fußnote 12*; Woodhouse, *siehe Fußnote 12*, S. 689-90 (berichtet über die vorherrschende Auffassung, in Fällen eines Mikropenis von weniger als 2 cm das Geschlecht anzugleichen).

⁷⁸ KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 12-15; Diamond & Sigmundson, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 11*, S. 298; Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 27; Wilson & Reiner, *siehe Fußnote 62*, S. 367. Siehe auch Diamond & Sigmundsson, *Management of Intersexuality*, *siehe Fußnote 11*, S. 1025 (verlangen eine Überprüfung der in den letzten Jahrzehnten vorgenommenen Geschlechtsangleichungen).

⁷⁹ Siehe Milton Diamond, *Intersexuality: Recommendations for Management*, 27 *Archives Sexual Behavior* S. 634,638 (1998).

⁸⁰ Timing of Elective Surgery, *siehe Fußnote 12*, S. 590 (unterstützt diese Behauptung mit vier Arbeiten, deren Autor oder Mit-Autor Money ist, und die datieren zwischen 1957 und 1987: John Money et al., *Imprinting and the Establishment of Gender Role*, 77 ARCH. NEUROL. PSYCH. S. 333-336 (1957)); MONEY & EHRHARDT, MAN & WOMAN, *siehe Fußnote 12*; John Money & B.F. Norman, *Gender Identity and Gender Transposition: Longitudinal Outcome Study of 24 Male Hermaphrodites Assigned As Boys*, 13 J. SEX MARITAL THERAPY S. 75.92 (1987)).

⁸¹ Suzanne Kessler hat über Money's Vorherrschaft auf diesem Feld geschrieben:

Fast die gesamte veröffentlichte Literatur über die Behandlung von Fällen von intersexuellen Kleinkindern ist geschrieben oder mitgeschrieben worden von einem Forscher, John Money.... Selbst die Veröffentlichungen, die unabhängig von Money produziert werden, beziehen sich auf ihn und wiederholen ständig seine Behandlungsphilosophie... Obwohl Psychologen heftig über Themen wie Geschlechtsidentität und Entwicklung der Geschlechterrolle streiten, scheinen Ärzte, die intersexuelle Kleinkinder behandeln, von solchen Debatten unberührt zu sein... Warum Money im Alleingang so erfolgreich im Werben für seine Ansichten über das soziale Geschlecht gewesen ist, ist eine Frage, die eine gesonderte und wesentliche Debatte wert ist.

KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S.136 Anm. 10. Siehe auch DREGER, *siehe Fußnote 72*, S. 181-82 (beschreibt die Vorherrschaft von Money in der Entwicklung von Behandlungsstandards für intersexuelle Kleinkinder); Fausto-Sterling, *siehe Fußnote 11*, s. 67-68; Diamond & Sigmundson, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 8*, S. 298 (beschreiben Money's Vorherrschaft); Kitzinger, *siehe Fußnote 15*, S. 1 (erörtert Money's Vorherrschaft). Money's Ansichten haben sich ein wenig geändert, obgleich er immer noch Geschlechtsumwandlung befürwortet in Fällen unfallbedingter Penisamputation. Siehe MONEY, SEX ERRORS 1994, *siehe Fußnote 17*, S. 84 (schreibt über vollständigen Penisverlust: "Alles in allem, ist es eine schwierige Situation, unabhängig vom Geschlecht, in dem das Kind erzogen wird[,]“ und über Geschlechtsangleichung allgemein: „Die erste Regel, der zu folgen ist, ist, daß kein Kind nach dem Kleinkindalter einer Geschlechtsangleichung unterzogen werden sollte, die auferlegt ist von einem [Ärzten auferlegten] dogmatisch festgehaltenen Prinzip.“).

⁸² Siehe William Reiner, *Sex Assignment in the Neonate With Intersex or Inadequate Genitalia*, AMER. J. OF DISEASES OF CHILDREN S. 1044, Okt. 1999, bei *2 erhältlich in WL Database AMA-JNLS [nachfolgend Reiner, *Sex Reassignment*] (erörtert das Problem, daß Kinder das Geschlecht, in dem sie erzogen werden, zurückweisen, und kommentiert: „Die chirurgische Verkürzung einer vergrößerten Klitoris kann manchmal die Empfindsamkeit und so die Fähigkeit zu einem Orgasmus und zu genitalem Genuß beschädigen, und ist, wie die Entfernung der Hoden, irreversibel.“); Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 28.

⁸³ Siehe z. B. Ian A. ARONSON, *Sexual Differentiation and Intersexuality*, in CLINICAL PEDIATRIC UROLOGY, S. 977, 1005, 1007 (P. Kelalis et al. eds., 1992); KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 43; Alice Domurat Dreger, *A History of Intersexuality: From the Age of Gonads to the Age of Consent*, 9 J. Clinical Ethics S. 345,349 (1998) [nachfolgend Dreger, *History*]: „Wenn ihre Klitoris bei Geburt länger ist als 1 cm, werden die Ärzte sich darum bemühen, sie zu verkürzen, weil sie denken, daß sie die Eltern des Kindes stören wird, und eingreifen wird in die emotionale Bindung und die Bildung der Geschlechtsidentität.“).

⁸⁴ Siehe Kessler, *siehe Fußnote 12*, S.52-64; Sherri A. Groveman, *The Hanukkah Bush: Ethical Implications in the Clinical Management of Intersex*, 9 J. CLINICAL ETHICS S. 356, 357-59 (1998); Wilson & Reiner, *siehe Fußnote 62*, S. 363; Nußbaum, *siehe Fußnote 12*, S. 93; siehe auch MONEY, & EHRHARDT, MAN & WOMAN, *siehe Fußnote 12*, S. 152; MONEY, SEX ERRORS 1994, *siehe Fußnote 17*, S. 82-83. Es gibt keinen Beweis, daß Eltern von mit körperlichen Behinderungen geborenen Kindern diesen weniger stark verbunden oder auf andere Weise weniger schützend für ihre Kinder wären, oder sie weniger lieben würden. Siehe Kessler, *siehe Fußnote 12*, S.91-94. Kessler andererseits stellt Fälle vor, wo die Eltern die intersexuelle Kondition akzeptieren, wenn sie ihnen gut erläutert wird, oder schwere Befürchtungen haben, dafür, daß sie dem Drängen der Ärzte nach einer Operation nachgegeben haben. Siehe Kessler, *siehe Fußnote 12*, S.91-94. Es gibt auch Studien, die zeigen, daß Kinder sich des Erscheinungsbilds ihrer eigenen Genitalien oder derer ihrer Freunde gewahr sein könnten, aber diese nicht als entscheidend ansehen für die Einteilung des sozialen Geschlechts bis ungefähr zum Alter von 9 Jahren. Siehe RONALD GOLDMAN & JULIETTE GOLDMAN, *CHILDREN'S SEXUAL THINKING: A COMPARATIVE STUDY OF CHILDREN AGED 5 TO 15 YEARS IN AUSTRALIA, NORTH AMERICA, BRITAIN, AND SWEDEN*, S. 192-215, 385 (1982).

⁸⁵ Siehe Diamond & Sigmundson, Management of Intersexuality, *siehe Fußnote 11*, S.1046-1049; Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 32 (bemerkt einen Mangel an Langzeituntersuchungen an Mädchen, die klitoraler Chirurgie unterzogen wurden); Reiner, Sex Assignment, *siehe Fußnote 82*; Cowley, *siehe Fußnote 74*, S. 66 (berichtet über eine Studie an weiblichen Pseudohermaphroditen (genetische Frauen mit vermännlichten äußeren Geschlechtsorganen), in der fünf von zwölf chirurgisch verkürzten Klitorissen „verdorrt und abgestorben waren“ als eine Folge des chirurgischen Eingriffs). Annie Green schreibt: „32 Jahre sind vergangen, seit mir meine Klitoris weggenommen wurde. Obwohl ich zu jung war, als daß ich heute mich an das Ereignis erinnern könnte, fühle ich, daß ich mich durch den Verlust den Rest meines Lebens gekränkt und verletzt fühle.“ Annie Green, My Beautiful Clitoris, CHRYSA-LIS, Herbst 1997/Winter 1998, S. 12. Cheryl Chase, ein Anwältin für die Intersexuellen, weist darauf hin, daß bessere klitorale Chirurgie nicht die angemessene Antwort auf einen vergrößerten Phallus ist. Siehe Cheryl Chase, Surgical Progress Is Not the Answer to Intersexuality, 9 J. CLIN. ETHICS, S. 385, 386-87 (1998) [nachfolgend Chase, Surgical Progress]. Ärzte, die heute praktizieren, räumen ein, daß die chirurgischen Techniken von gerade einem Jahrzehnt zuvor schwache Ergebnisse brachten. Die Kommentare der außerordentlichen Professorin der Urologie und Pädiatrie, Laurence Baskin, als Antwort auf einen Besuch von Mitgliedern der ISNA an der medizinischen Abteilung der Universität von Kalifornien, San Francisco, sind enthüllend: „Baskin erkennt an, daß die chirurgische Technik in der Vergangenheit nicht optimal war. ‚Die Chirurgie wurde ausgeführt... von sehr wohlmeinenden Ärzten, aber wir kannten die Nervenbahnen nicht gut. Wir begannen vor 10 Jahren, die Nervenbahnen [zur Klitoris hin] zu verstehen.‘“ Althaea Yronwode, Intersex Individuals Dispute Wisdom of Surgery on Infants, SYNAPSE, 11. März 1999, zu finden unter <<http://itsa.ucsf.edu/synapse/archives/mar11.99/yronwode.html>>.

Obwohl er im Licht des J/J-Falls vorsichtiger geworden ist, führt Kenneth Glassberg weiterhin Operationen durch, einschließlich weiblicher Geschlechtsangleichung und klitoraler Chirurgie. Siehe Kenneth Glassberg, Editorial: Gender Assignment on the Pediatric Urologist, 161 J. Urology, S. 1308, 1308-1309 (1999); siehe auch Kenneth Glassberg, The intersex infant: Early gender assignment and surgical reconstruction, 11. JOURNAL OF PEDIATRIC AND ADOLESCENT GYNECOLOGY, S. 151, 153 (1998).

⁸⁶ Siehe allgemein Joleen C. Lenihan, A Physician's Dilemma, Legal Ramifications of an Unorthodox Surgery, 35 SANTA CLARA L. REV. S. 953 (1995); Joanne A. Liu, When Law and Culture Clash: Female Genital Mutilation, A Traditional Practice Gaining Recognition as a Global Concern, 11 N.Y. INT'L. L. REV. 71 (1998). Sowohl Kessler als auch Dreger vergleichen die chirurgische Behandlung von uneindeutigen Genitalien aus kosmetischen und kulturellen Gründen mit geschlechtlicher Verstümmelung an Mädchen. Siehe KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 80-83; Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 33-34.

⁸⁷ Siehe Chase, Surgical Progress, *siehe Fußnote 85*, S.386; Milton Diamond, Pediatric Management of Ambiguous Genitalia and Traumatized Genitalia, 162 J. UROLOGY, S. 1021, 1024 (1999) [nachfolgend Diamond, Pediatric Management]; Kipnis & Diamond, Pediatric Ethics, *siehe Fußnote 12*, S. 402-03. Meyer-Bahlburg hat geschrieben:

„Einige weiblich angegliche Patientinnen mit einer in der Vergangenheit vergrößerten Klitoris werden letztendlich ihr soziales Geschlecht zum männlichen hin ändern, und in solchen Fällen verursacht eine in der Vergangenheit erfolgte Entfernung oder Resektion der Klitoris mit der Verminderung oder dem gänzlichen Verlust eines penilen Organs schwere Trauer. Nach meiner klinischen Erfahrung hätten es auch einige Patientinnen, die als lesbische Frauen leben, vorgezogen, wenn man ihre vergrößerte Klitoris intakt gelassen hätte.“

HEINO F. L. MEYER-BAHLBURG, 1998. Gender assignment in intersexuality. 10(2) JOURNAL OF PSYCHOLOGY & HUMAN SEXUALITY, S.12 (1998) (interne Zitate ausgelassen)

⁸⁸ Siehe Criminalization of Female Genital Mutilation Act, 18 U.S.C.A. § 116 (Supp. III 1998).

⁸⁹ Congressional Findings, Criminalization of Female Genital Mutilation Act, Pub. L. No. 104-208, § 645(a)(1), 110 Stat. 3009-708 (1997).

⁹⁰ 18 U.S.C. § 116 (a) (Supp. III 1998).

⁹¹ 18 U.S.C. § 116 (b)(1) (Supp. III 1998). Siehe KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 81-82 (kommentiert die Position der ISNA, daß die Formulierung weitreichend genug ist, um einige intersexuelle Operationen zu erfassen); Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 34. Manche meinen, daß das Gesetz das Recht auf Gleichheit

verletzt, weil es Mädchen, nicht aber Jungen, vor der üblichen Praxis der Beschneidung schützt. Siehe Ross Povenmire, Do Parents Have the Legal Authority to Consent to the Surgical Amputation of Normal, Healthy Tissue from Their Infant Children?: The Practice of Circumcision in the United States, 7 AM. U. J. GENDER SOC. POL'Y 87, S. 119-122 (1999).

⁹² Einige Urteile gegen kosmetische genitale Chirurgie an Kleinkindern wurden gesprochen in Bogota, Kolumbien. In 1999 fällte das Verfassungsgericht von Kolumbien, das höchste Gericht des Landes, zwei Präzedenzurteile, welche die Chirurgie an Intersexuellen blockieren. In diesen Fällen ging es um die Verkürzung der Klitoris und um Vaginoplastie. Bevor er die Fälle entschied, suchte der Gerichtshof die Kommentare von der Intersex Society of North America und anderen, einschließlich John Money und Milton Diamond. Das Gericht entschied, daß die Chirurgie kosmetisch und nicht notwendig ist, und vertrat die Auffassung, daß ein chirurgischer Eingriff hinausgeschoben werden soll, bis das Kind alt genug ist, um einzuwilligen. Außerdem entschied es, daß intersexuelle Menschen eine zu schützende Minderheit sind. (SU-337/99, 12. Mai 1999 und T-551/99, 2. August 1999). In 1995 verhinderte das höchste Gericht von Kolumbien die Geschlechtsangleichung eines Jungen, der seinen Penis bei einem Unfall verloren hatte (T-477/95). Die Fälle sind zusammengefaßt unter <<http://www.isna.org/colombia/>>.

⁹³ Für eine genaue Ausarbeitung zu den Unterschieden zwischen Innovation, Praxis und Experimentieren siehe BELMONT REPORT, *siehe Fußnote 12*, S. 3; Cowen, *siehe Fußnote 52*; King & Henderson, *siehe Fußnote 57*; Karine Morin, The Standard of Disclosure in Human Subject Experimentation, 19 J. LEGAL MED. S. 157, 165-168 (1998).

⁹⁴ Siehe Timing of Elective Surgery, *siehe Fußnote 12*.

⁹⁵ Cowley, *siehe Fußnote 74*, S. 66 (stellt einen Mangel sowohl an medizinischen als auch an psychologischen Studien fest); Diamond, Pediatric Management, *siehe Fußnote 87*, S. 1026; Diamond & Sigmundson, Sex Reassignment, *siehe Fußnote 8*, S. 303 (stellen einen Mangel an bestätigenden Studien und den Bedarf für Langzeitstudien fest); Kipnis & Diamond, Pediatric Ethics, *siehe Fußnote 11*, S. 406; Nußbaum, *siehe Fußnote 12*, S. 99; Ochoa, *siehe Fußnote 13*, S. 1119 (fordert mehr Studien); William Reiner, To Be Male or Female -- That is the Question, 151 ARCHIVE OF PEDIATRIC MEDICINE 224, 224 (1997) [nachfolgend Reiner, To Be Male or Female] (fordert mehr Forschung und warnt: "Es kann sehr wohl gesagt werden, daß Schlußfolgerungen über Geschlechtsangleichungen, wie sie beschrieben werden in weiten Teilen der Literatur, falsch sind als Folge des Mangels an solchen Langzeitdaten und angemessener Langzeitanalyse."); Justine Marut Schober, A Surgeon's Response to the Intersex Controversy, 9 J. CLIN. ETHICS S. 393, 394 (1998) (stellt einen Mangel an Langzeitstudien im Hinblick auf die psychologische Anpassung fest); Wilson & Reiner, *siehe Fußnote 62*, S. 367; Woodhouse, *siehe Fußnote 12*, S. 692 (stellt die Weisheit der Geschlechtsangleichung bei Kindern mit Mikropenis in Frage angesichts eines Mangels an Langzeitstudien).

⁹⁶ Siehe Ochoa, *siehe Fußnote 13*, S. 1119;; William G. Reiner, Androgen Exposure in Utero and the Development of Male Gender Identity in Genetic Males Reassigned at Birth, vorgestellt beim Internationalen Verhaltensentwicklungssymposium 2000, 25.-27. Mai 2000 (berichtet, daß 17 von 23 Jungen, die weiblich angeglichen worden waren, von sich aus im Alter zwischen 5 und 17 Jahren ihre männliche Geschlechtsidentität erklärten). William George Reiner, Case Study: Sex Reassignment in a Teenage Girl, 35 J. AM. ACAD. CHILD & ADOLE-SCENT PSYCH. S. 799, 801-803 (1996) [nachfolgend Reiner, Teenage Girl]; Reiner, Sex Assignment, *siehe Fußnote 82*, (erwähnt seine eigenen Studien mit "18 Kindern, die 46 XY – Jungen mit völlig unzureichenden Phallussen, aber mit normalen Hoden, gewesen waren, und die geschlechtlich zu Mädchen angeglichen wurden, zeigen, daß die Eltern dazu neigen, sich unwohl zu fühlen bezüglich Geschlechtsangleichungen, und daß die Kinder sich nicht wie typische kleine Mädchen benehmen.". Reiner, To Be Male or Female, *siehe Fußnote 95*, S. 225 Woodhouse, *siehe Fußnote 12*, S. 692;

⁹⁷ Siehe Diamond & Sigmundson, Sex Reassignment, *siehe Fußnote 8*, S. 302 (bemerken, daß "Fälle von Geschlechtsangleichung im Kleinkindalter Untersuchungen nach der Pubertät erfordern; die Untersuchungen 5 und 10 Jahre nach der Geschlechtsangleichung sind immer noch unzureichend").

⁹⁸ Die medizinische Gemeinschaft hat sich polarisiert über Behandlungsfragen. Das Symposium des Journal of Clinical Ethics zum Thema Intersexualität berichtete: „Die Parteien in dieser Diskussion haben sich einander zunehmend entfremdet. Alice Domurat Dreger, Gast-Redakteurin zu diesem speziellen Thema,...informiert uns, daß sie einige von denen einlud, die als Befürworter der Operationen im Kleinkindalter auftraten, um ihre Argumente darzulegen, aber keiner nahm die Einladung an.“ Edmund G.

Howe, Intersexuality: What Should Careproviders Do Now?, 9 J. CLIN. ETHICS S.337, 338 (1998). See also Wilson & Reiner, *siehe Fußnote 62*, S. 367.

⁹⁹ *Siehe Fußnote 7.*

¹⁰⁰ *Siehe Kitzinger, siehe Fußnote 15, S. 6-7, 13-14.*

¹⁰¹ Wilson and Reiner bemerken, daß es „beträchtliche Unterstützung gibt für die Theorie, daß es eine neurobiologische Komponente geben kann für viele Geschlechtsidentitäten“, und daß das soziale Geschlecht beeinflusst werden kann von Hormonspiegeln im Gehirn „vor der Geburt oder direkt nach der Geburt“ und schlußfolgern, „daß Geschlechtsidentität natürlich mehr umfaßt als die Verhaltensweisen der Eltern bei der Erziehung der Kinder.“ Wilson & Reiner, *siehe Fußnote 62*, S. 364. *Siehe* allgemein Milton Diamond, Biological Aspects of Sexual Orientation and Identity, in THE PSYCHOLOGY OF SEXUAL ORIENTATION, BEHAVIOR AND IDENTITY: A HANDBOOK 48 (L. Diamant & R. McAnulty eds., 1995); Dean Hamer, & Peter Copeland, LIVING WITH GENES: WHY THEY MATTER MORE THAN YOU THINK (1998); S. LeVay, & D.H. Hamer, Evidence for a Biological Influence in Male Homosexuality, SCIENTIFIC AMERICAN, May 1994, S. 44.

¹⁰² Diamond und Sigmundson erklären:

Die meisten intersexuellen Konditionen können ohne jegliche Chirurgie bleiben. Eine Frau mit einem Phallus kann sich an ihrer vergrößerten Klitoris erfreuen, und ebenso kann es ihr Partner. Frauen mit AIS [Androgen-Insensitivitäts-Syndrom] oder vermännlichendem AGS [Androgenitales Syndrom], deren Vaginas kleiner sind als üblich, können dahingehend beraten werden, Druckweitungen zu benutzen, um sie so zu weiten, daß ein Koitus erleichtert wird; eine Frau mit teilweisem AIS kann sich ebenfalls an ihrer großen Klitoris erfreuen. Ein Mann mit Hypospadias könnte gezwungen sein, sich zu setzen, um ohne Mißgeschick zu urinieren, aber sexuell ohne Operation funktionieren. Eine Person mit Mikropenis kann eine(n) Partner(in) befriedigen und Kinder zeugen.

Diamond & Sigmundson, Management of Intersexuality, *siehe Fußnote 11*, S. 1049; *siehe* auch Denger, *siehe Fußnote 12*, S. 29-32.

¹⁰³ *Siehe* KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 105-32; Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 33. Es ist unglücklicherweise erst vor kurzem offengelegt worden, daß eine Studie an mehr als 250 intersexuellen Personen, die als Babies keinen chirurgischen Eingriff erhielten, vor 1952 durchgeführt wurde, aber in der Fachliteratur unveröffentlicht blieb. Die Rezension von John Money befand: „Weit entfernt von der Manifestierung psychologischer Traumata und geistiger Krankheiten, zeigte die Studie, daß die Mehrheit der Patienten über ihre genitale Behinderung hinaus wuchs und nicht nur eine ‚angemessene Anpassung‘ an Leben erreichte, sondern in einer tatsächlich von Leuten ohne genitale Abweichung nicht unterscheidbaren Art lebten.“ COLAPINTO, As Nature Made Him, *siehe Fußnote 11*, S. 233. Man kann nur mutmaßen, warum diese Studie niemals erwähnt noch berücksichtigt worden ist von ihrem Autor nach ihrer Veröffentlichung als Senior-Dissertation in Harvard (erhältlich mit schriftlichem Antrag an die Widener Bibliothek an der Harvard Universität). *Siehe* COLAPINTO, As Nature Made Him, *siehe Fußnote 11*, S. 235.

¹⁰⁴ Ochoa, *siehe Fußnote 13*, S. 1119; *siehe* auch Judson J. Van Wyk, Editorial, Should boys with micropenis be reared as girls?, 134 J. Pediatrics, S. 537, 538 (1999) (bemerkt einen Mangel an Studien und stellt fest, daß „ein Mikropenis allein kein ausreichender Grund sein sollte für eine weibliche Geschlechtsangleichung“); Bassam Bin-Abbas et al., Congenital hyponadotropic hypogonadism and micropenis: Effect of testosterone treatment on adult penis size - Why sex reversal is not indicated, 134 J. Pediatrics, S. 579, 582 (1999) (kommt zu dem Ergebnis, daß es „keine klinischen, physiologischen oder psychologischen Gründe gibt, die für eine Geschlechtsumwandlung sprechen würden, bei männlichen Kleinkindern mit einem auf Androgene reagierenden Mikropenis“).

¹⁰⁵ *Siehe* Diamond, Pediatric Management, *siehe Fußnote 87*, S. 1022

¹⁰⁶ *Siehe* allgemein W. O. Bockting & Eli Coleman, GENDER DYSPHORIA: INTERDISCIPLINARY APPROACHES IN CLINICAL MANAGEMENT (1992); GENDER BLENDING (Bonnie Bul-lough et al. eds., 1997); Holly Devor, GENDER BLENDING: CONFRONTING THE LIMITS OF DUALITY (1989).

¹⁰⁷ Diamond, Pediatric Management, *siehe Fußnote 87*, S. 1023. *Siehe* auch Reiner, To Be Male or Female, *siehe Fußnote 95*, S. 225 (berichtet über seine weitergehende Forschung und gibt an, daß er fünfzehn 46 XY

Kinder verfolgt hat, die nach der Geburt wegen genitaler Abweichungen kastriert worden waren, und stellt fest, daß sie, obwohl sie als Mädchen erzogen wurden, die Patient(inn)en „nicht klassisch männlich oder weiblich erscheinen, aber männliche Merkmale zeigen, die in vielen Fällen ziemlich beeindruckend sind“). Ein vor kurzem veröffentlichter Artikel berichtet von einem Menschen, der sexuell angezogen wurde, und, im Alter von 28, weiterhin als eine Frau lebt. Sie hat jedoch einen typisch männlichen Beruf, ist beidgeschlechtlich orientiert und lebt zur Zeit mit einer Frau als Sexualpartnerin zusammen. Siehe Susan J. Bradley, et al., Experiment of Nurture: Ablatio Penis at 2 Months, Sex Reassignment at 7 Months Psychosexual Follow-up in Young Adulthood, 102 PEDIATRICS 1 (1998) ; voller Text zu finden unter <<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/1/e9>>.

¹⁰⁸ Berichte über ungünstige Ergebnisse sind zusammen gekommen mit der Ambivalenz in der medizinischen Gemeinschaft. Wie der Psychiater und Anwalt Edmond Howe schreibt: „Noch neueren Datums ist, daß Chirurgen kritisiert worden sind, weil sie Berichten von Patienten über nachteilige Ergebnisse nicht genug Gewicht beimessen haben. Es gibt einen psychologischen Grund dafür, daß Behandlungsanbieter Berichte über negative Ergebnisse gerne ignorieren: Wenn die Behauptungen wahr sind, müßten Chirurgen zugeben, daß die Durchführung von Operationen ein Fehler war. Dies wäre äußerst schmerzlich. Der einzige Weg, dieser Pein auszuweichen, wäre, zu leugnen, daß diese Behauptungen wahr sind.“ Howe, *siehe Fußnote 98*, S.338; siehe auch Nußbaum, *siehe Fußnote 12*, S.94

¹⁰⁹ ISNA, Recommendations for Treatment Intersex Infants and Children, <<http://www.isna.org/recommendations.html>> [nachfolgend ISNA Recommendations]. Money geht auf Distanz vor allem mit harscher Kritik an der ISNA, bezeichnet die Vorgehensweise der Organisation als „militant aktivistisch“, indem sie es befürworten würde, das intersexuelle Kind als ein „Es“ zu erziehen, was er als einen Rückschritt ansieht. Money, Sex Police, *siehe Fußnote 30*, S.320-21. Money stellt die Position der ISNA unrichtig dar. Die ISNA hat niemals den Rat gegeben, Kinder als „Es's“ zu erziehen. Sie empfehlen die Eintragung eines Geschlechts, aber ohne Operation. Siehe oben, ISNA Recommendations. Diamond empfiehlt ebenfalls, das Kind in einem klaren sozialen Geschlecht, aber ohne kosmetische, das Genital verändernde, Chirurgie aufzuziehen. Siehe Diamond, Pediatric Management, *siehe Fußnote 87*, S. 1025. Kenneth Glassberg andererseits argumentiert: „Es gibt kein Datenmaterial, das die Vorzüge der hinausgeschobenen Angleichung oder Behandlung dieser Kleinkinder unterstützt, und ich kann mir keine Eltern, ohne deren Zusammenarbeit von ganzem Herzen jegliches Behandlungsprogramm scheitern wird, vorstellen, die solch einen Ansatz akzeptieren werden.“ Glassberg, Editorial, *siehe Fußnote 87*.

¹¹⁰ Siehe Chase, *siehe Fußnote 85*, S. 385; Groveman, *siehe Fußnote 84*, S. 356.

¹¹¹ Siehe Diamond & Sigmundson, *siehe Fußnote 11*, S. 298 (erörtern und zitieren medizinische Literatur, die Geschlechtsangleichung ausgehend von chirurgischer Machbarkeit empfiehlt); Nußbaum, *siehe Fußnote 12*, S. 93-94 (bemerkt, daß die Behandlung im Wesentlichen unverändert geblieben ist mit Ausnahme einer Minderheit von Ärzten und kürzlicher kritischer Veröffentlichungen); siehe auch Fausto-Sterling, *siehe Fußnote 12*, S.56-58; KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S.108-109 (Diskussionskriterien für Chirurgie an Mädchen und Jungen); Donahoe, *siehe Fußnote 12*, S.527 (kommen-tiert: „Genetische Mädchen sollten immer als Mädchen erzogen werden unter Erhaltung der Fortpflanzungsmöglichkeiten, unbeachtlich, wie schwer die Patientinnen vermännlicht sind. Bei einem genetischen Mann jedoch beruht das Geschlecht, zu dem hin angezogen wird, auf der Anatomie des Kleinkinds, vor allem auf der Größe des Penis.“); Newman et al., *siehe Fußnote 12*, S. 645 (kommen-tiert: „Praktisch ausgedrückt, paßt zu den meisten Kindern mit uneindeutigen Genitalien, unbeachtlich des Genotyps, am besten die weibliche Rolle.“).

¹¹² Siehe KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 34-35; MONEY & EHRHARDT, MAN/WOMAN, *siehe Fußnote 12*, S. 178-79; MONEY, SEX ERRORS 1994, *siehe Fußnote 17*, S. 82.

¹¹³ Siehe, z. B. Donahoe, *siehe Fußnote 12*, S. 527 ("Es kann nicht oft genug betont werden, daß der 46 XY [genetisch männlich] Karyotyp nicht diktiert, das Kind als Jungen aufzuziehen, wenn der Phallus von unzureichender Größe ist... Wenn die Phallus-Länge weniger als 2,0 cm beträgt, und erst recht, wenn es weniger als 1,5 cm sind, sind wir sehr besorgt..“); King, *siehe Fußnote 12*, S. 369; Grumbach & Conte, *siehe Fußnote 2*, S. 1400-1404.

¹¹⁴ Einige, aber nicht alle, intersexuellen und uneindeutigen Konditionen, beeinflussen die Fortpflanzungsfähigkeit. Der Behandlungsstandard ermutigt die Bewahrung der weiblichen Fortpflanzungsfähigkeit, aber Entscheidungen für Jungen beruhen auf der Penisgröße, und nicht auf der Fortpflanzungsfähigkeit. Siehe Donahoe, *siehe Fußnote 12*, S. 527.

¹¹⁵ MONEY, SEX ERRORS 1994, *siehe Fußnote 17*, S. 66.

¹¹⁶ Siehe allgemein FURROW, *siehe Fußnote 52*, § 6-2 auf S. 361; Sam A. McConkey, Simplifying the Law in Medical Malpractice: The Use of Practice Guidelines as the Standard of Care in Medical Malpractice Litigation, 97 W. VA. L. REV. 491, 496-97 (1995).

¹¹⁷ Siehe The T. J. Hooper, 60 F.2d 737 (2d Cir. 1932).

¹¹⁸ Siehe The T. J. Hooper, 60 F.2d S. 739.

¹¹⁹ Texas Pac. Ry. v. Behymer, 189 U.S. 468, 470 (1903)

¹²⁰ Siehe The T. J. Hooper, 60 F.2d S. 739.

¹²¹ Toth v. Community Hospital at Glen Cove, 239 N.E.2d 368, 373 (N.Y. App. 1968); *siehe auch FURROW, siehe Fußnote 52*, S. 359-62.

¹²² Gorab v. Zook, 943 P.2d 423, 427 (Colo. 1997) (einstimmiger Beschluß).

¹²³ Gorab v. Zook, 943 P.2d 427 (zitiert Colorado Jury Instruction 15:2).

¹²⁴ Siehe Turner v. Children's Hosp., Inc., 602 N.E.2d 423, 427 (Ohio Ct. App. 1991).

¹²⁵ Turner, 602 N.E.2d, auf S. 427.

¹²⁶ Siehe Harris v. Groth, 663 P.2d 113, 115 (Wash. 1983) (einstimmiger Beschluß) (erörtert die Ehrerbietung); *siehe allgemein Hall, siehe Fußnote 49*, S. 126-27 (stellt einen Unterschied fest zwischen „einer blühenden Vielfalt von Schadensersatzfällen“, wo die Geschworenen der „letztendliche Richter“ sind, und medizinischen Kunstfehlern, wo „die Geschworenen angewiesen werden, nicht nach dem Empfinden der Geschworenen dafür, was rechtens ist, sondern nach der Gewohnheit, die im (med.) Berufsstand vorherrscht, zu urteilen“); Gary T. Schwartz, Medical Malpractice, Tort, Contract and Managed Care, 1998 U. ILL. L. REV. 885, 890. Die Existenz eines einheitlichen Behandlungsstandards ist wahrscheinlich mehr eine rechtliche Fiktion als eine medizinisch-berufliche Tatsache. *Siehe Hall, siehe Fußnote 49*, S. 121 Anm. 10, S. 128-30 Anm. 38 (kommentiert: „Das Recht hat immer vorausgesetzt, was nicht existiert – etablierte, konkrete berufliche Standards“).

¹²⁷ Craft v. Peebles, 893 P.2d 138, 147 (Haw. 1995) ("Es ist fest etabliert, daß die Frage der Fahrlässigkeit bei medizinischen Kunstfehlerprozessen zu entscheiden ist mit Bezugnahme auf die relevanten Behandlungsstandards, für die der Kläger die Beweislast trägt gegen die Zeugenaussagen der Experten.“). *Siehe auch FURROW, siehe Fußnote 52*, S. 361 (kommentiert, daß "die Standards für die Abwägung eines Urteils über Dienstleistungen der medizinischen Berufe üblicherweise weder von einem Richter noch von Geschworenen festgelegt werden“).

¹²⁶ Helling v. Carey 519 P.2d 981 (Wash. 1974) (zitiert The T.J. Hooper, 60 F.2d 737 (2d Cir. 1932) (vertritt die Ansicht, daß, ungeachtet der medizinischen Standards, verantwortungsbewußte Umsicht preisgünstige Drucktests erfordern würde für alle augenärztlichen Patienten, da der Test preisgünstig und einfach ist).

¹²⁸ Siehe Helling 519 P.2d 981, 983 (Wash. 1974).

¹²⁹ Siehe Helling 519 P.2d 982

¹³⁰ Siehe Helling 519 P.2d 982

¹³¹ Siehe Helling 519 P.2d 983

¹³² Siehe Helling 519 P.2d 983 (zitiert The T.J. Hooper, 60 F.2d 737 (2d Cir. 1932)) (vertritt die Ansicht, daß, ungeachtet der medizinischen Standards, verantwortungsbewußte Umsicht preisgünstige Drucktests erfordern würde für alle augenärztlichen Patienten, da der Test preisgünstig und einfach ist).

¹³³ Siehe Helling 519 P.2d 983

¹³⁴ Bei Harris v. Robert C. Groth, M.D., Inc., 663 P.2d 113 (1983), erzählte das oberste Bundesgericht in Washington von der beruflichen und gesetzgeberischen Reaktion auf seine Entscheidung bei Helling v.

Carey, 519 P.2d 981 (Wash. 1974). Harris, 663 P.2d at 115-16. Bemerkenswerterweise zeigte Harris, daß selbst nach dem Versuch des Gesetzgebers, Helling umzustößen, (das oberste Bundesgericht in) Washington weiterhin festhält an einem „verantwortungsbewußten umsichtigen“ Arzt, und daß „das Maß der Behandlung, wie sie tatsächlich von Mitgliedern des Berufsstands praktiziert wird, nur ein Beweisanzeichen dafür ist, was verantwortungsbewußt und umsichtig ist, dies steht nicht zur Disposition.“ Id. S. 120. Siehe Lent, *siehe Fußnote 56*, S. 829-30.

¹³⁵ FURROW, *siehe Fußnote 52*, S. 361 ("Die meisten Urteile ...haben es abgelehnt, Helling darin zu folgen, den etablierten medizinischen Behandlungsstandard durch eine juristische Abwägung von Fall zu Fall zu ersetzen."). Fälle, die hierin sichtbar mit Helling übereinstimmen, sind u. a.: *United Blood Services, Div. of Blood Systems, Inc. v. Quintana*, 827 P.2d 509, 520 (Colo. 1992) (einstimmiger Beschluß) (stellt Mängel fest):

„Wenn der von einem praktizierenden Berufsstand angenommene Standard als entscheidender Beweis für eine angemessene Behandlung angesehen werden müßte, so würde es dem Berufsstand erlaubt, das Maß seiner eigenen rechtlichen Haftbarkeit zu setzen, obwohl dieses Maß weit unter dem Stand der Behandlung liegen könnte, der bereits verfügbar wäre durch die Annahme von Praktiken und Verfahren, die wesentlich effektiver darin sind, andere vor Schaden zu bewahren, als der selbst-verordnete Standard des Berufsstands, es ist aber festzuhalten, daß Zeugenaussagen von Experten benötigt werden, um die Ansicht durchzusetzen, daß der Behandlungsstandard einer Schule der Praxis unzumutbar mangelhaft ist.“; *Townsend v. Kiracoff*, 545 F. Supp. 465, 468 (D. Colo. 1982) (zitiert *The T.J. Hooper*, 60 F.2d 737 (2d Cir. 1932) ("Selbst wenn die beeidigten Erklärungen des Angeklagten und Beweismaterialien nachweisen könnten, daß das Krankenhaus in Übereinstimmung mit dem Behandlungsstandard und der Gewohnheit der Gemeinschaft der Krankenhäuser von Colorado handelte, wäre der Kläger immer noch berechtigt, vor dem Gericht zu beweisen, daß die Gewohnheit der gesamten Gemeinschaft fahrlässig sei."); *Turner v. Children's Hospital*, 602 N.E.2d 423, 427 (Ohio App. 1991) (bemerkt: „Obwohl die übliche Praxis ein Beweisanzeichen dafür ist, was ein verantwortungsbewußter und umsichtiger Arzt tun würde unter diesen oder ähnlichen Umständen, ist es nicht entscheidend für die Bestimmung des benötigten angemessenen Standards.“); *Nowatske v. Osterloh*, 543 N.W.2d 265 (Wis. 1996) (bestreitet, daß der traditionelle Standard bzgl. Kunstfehler abweicht von den allgemeinen Fahrlässigkeitsprinzipien).

¹³⁶ Siehe z. B. *Osborn v. Irwin Memorial Blood Bank*, 7 Cal. Rptr.2d 101, 125-126 (Cal. App. 1992) (lehnt *Helling v. Carey* ab, und bemerkt, daß die meisten Kommentare und Fallentscheidungen jenem kritisch gegenüber stehen); Clark Havighurst, *Private Reform of Tort-Law Dogma: Market Opportunities and Legal Obstacles*, 49 LAW & CONTEMP. PROBS 143, 159 Anm. 45 (1986). Schwartz, *siehe Fußnote 126*, S. 890; siehe auch Dan Dobbs, et al., *Prosser and Keeton on the Law of Torts* § 33 auf S. 30 Anm. 53 (bemerken „eine steigende Zahl von Gerichten, die übliche Praxisstandards zurückweisen zugunsten einer verantwortungsbewußten Behandlung oder eines Standards eines verantwortungsbewußten umsichtigen Arztes“ und zitierten Fälle) (5th ed. 1988 pocket part); Theodore Silver, *One Hundred Years of Harmful Error: The Historical Jurisprudence of Medical Malpractice*, 1992 WIS. L. REV. 1193, 1212-1219 (fordert eine Rückkehr zu den Fahrlässigkeitsprinzipien).

¹³⁷ Schwartz, *siehe Fußnote 126*, S. 890.; siehe auch Gary T. Schwartz, *The Beginning and the Possible End of the Rise of Modern American Tort Law*, 26 GA. L. REV. 601, 663-64 (1992) [nachfolgend Schwartz, *Modern American Tort Law*] (bemerkt, daß *Helling v. Carey* keine Unterstützung geerntet habe, „der [Kunstfehler-] Konservatismus hat in weiten Teilen die 1980er Jahre überlebt“); vergleiche Richard E. Leahy, *Rational Health Policy and the Legal Standard of Care: A Call for Judicial Deference to Medical Practice Guidelines*, 77 CALIF. L. REV. 1483, 1502-06 (1989) (argumentiert, daß die Gerichte und Geschworenen zu viel Freiheit haben, den medizinischen Behandlungsstandard durchzusetzen und zu beurteilen, und schlägt die juristische Ehrerbietung vor vom (med.) Berufsstand bekanntgemachten Richtlinien vor).

¹³⁸ Siehe Kacmar, *siehe Fußnote 59*, S. 631-32 (bemerkt, daß es bei Kunstfehlerprozessen ein beträchtliches Vertrauen in den medizinischen Berufsstand gibt, seinen eigenen Behandlungsstandard zu definieren, und einen Mangel an Antriebe, auf dem laufenden zu bleiben); Silver, *siehe Fußnote 136*, S. 1212-19; Leahy, *siehe Fußnote 137*, S. 1495-97.

¹³⁹ Kacmar, *siehe Fußnote 59*, S. 643.

¹⁴⁰ Sacket berichtet über Studien, daß jahrelange medizinische Lehre in einem negativen Verhältnis steht zu aktuellem Wissen. Sacket, *siehe Fußnote 61*, S. 9.

¹⁴¹ Siehe *Rooney v. Medical Center Hosp. of Vermont*, 649 A.2d 756, 759 (Vt. 1994): „Um den Beruf der Medizin zu praktizieren, wird von einem Arzt nicht verlangt, daß er das außerordentliche Wissen und die geistige Fähigkeit besitzt, die nur wenigen praktizierenden Ärzten von seltener Begabung zu eigen ist. Aber es wird vom Arzt verlangt, sich auf dem Laufenden zu halten über neue Techniken und neues Wissen, und zu praktizieren in Übereinstimmung mit den bewährten Methoden und Mitteln der Behandlung im allgemein üblichen Gebrauch [auf seinem Gebiet].“ Siehe auch *Kacmar*, siehe Fußnote 59, S. 641.

¹⁴² Siehe *Angela Roddey Holder, Failure to „Keep up“ as Negligence*, 224 JAMA 1461, 1462 (1973).

¹⁴³ *Schwartz, Modern American Tort Law*, siehe Fußnote 137, S. 664.

¹⁴⁴ Siehe *Hood v. Philips*, 537 S.W.2d 291, 294 (Tex. App. 1976) (vertritt die Ansicht, daß „ein Arzt dort keines Kunstfehlers schuldig ist, wo die Methode der benutzten Behandlung unterstützt wird von einer respektablem Minderheit von Ärzten, solange, wie der Arzt sich gehalten hat an akzeptable Verfahren, wie sie von jener Minderheit unterstützt werden“). Siehe auch *Joan P. Dailey, Comment, The Two Schools of Thought and Informed Consent Doctrines in Pennsylvania: A Model for Integration*, 98 DICK. L. REV. 713 (1994); *Schwartz, Modern American Tort Law*, siehe Fußnote 137, S. 664-65 (kommentiert, daß das traditionelle Schadensersatzrecht die Auffassung vertreten hat, daß, „wenn intelligente Ärzte verschiedener Ansicht sein können, der Beklagte nicht des Kunstfehlers für schuldig befunden werden kann“).

¹⁴⁵ Ein alternativer Standpunkt ist möglich, einer, bei dem zwei Lehren aneinander gemessen werden könnten. Ein Gericht führte aus, daß, wo zwei Lehren sich unterscheiden, „es dem Kläger erlaubt sein sollte, Meinungen von Experten als Zeugenaussagen dafür zu präsentieren, daß der von der Richtung der Praxis, zu der der Beklagte gehört, angenommene Behandlungsstandard unzumutbar mangelhaft ist, indem er bereits verfügbare Praktiken und Verfahren, die wesentlich besser gegen den Schaden, der dem Kläger zugefügt wurde, schützen, als der von der Richtung des Beklagten angenommene Behandlungsstandard, nicht übernommen hat.“ *United Blood Services v. Quintana*, 827 P.2d 509, 521 (Colo. 1992) (einstimmiger Beschluß).

¹⁴⁶ *Furrow* bemerkt, daß "klinische Innovation es Ärzten erlaubt, eine Standard-Behandlung zu variieren, um sie den Bedürfnissen eines speziellen Patienten anzupassen, wo der Patient ein spezielles Problem oder eine verzweifelte Situation zeigt.“ *Furrow et al.*, siehe Fußnote 52, § 6-5, auf S. 385. Jedoch, so schreibt er, erlauben Gerichte selten solch eine Verteidigung, außer unter Umständen, „wenn konventionelle Behandlungen weitgehend ineffektiv sind, oder wo der Patient todkrank ist und durch Experimente mit möglicherweise hilfreichen Behandlungen wenig zu verlieren hat.“ *Furrow et al.*, siehe Fußnote 52, § 6-5, auf S. 385.

¹⁴⁷ *Osborn v. Irwin Memorial Blood Bank*, 7 Cal. Rptr.2d 101, 125-26 (Cal. App. 1992) (Zitate ausgelassen)

¹⁴⁸ Siehe *McKinlay*, siehe Fußnote 56.

¹⁴⁹ *MONEY, SEX ERRORS 1968*, siehe Fußnote 17, S. 48.

¹⁵⁰ *MONEY, SEX ERRORS 1968*, siehe Fußnote 17, S. 93.

¹⁵¹ *King & Henderson*, siehe Fußnote 57, S. 1021; siehe auch *Lent*, siehe Fußnote 56, S. 808.

¹⁵² *United Blood Services v. Quintana*, 827 P.2d 509, 520 (Colo. 1992) (einstimmiger Beschluß) (zitiert *The T.J. Hooper*, 60 F.2d 747, 740 (2d Cir. 1932)).

¹⁵³ *United Blood Services*, 827 P.2d, S. 520

¹⁵⁴ *Sackett* erörtert das Problem, wie Klinikärzte bestimmen können, ob Richtlinien gültig sind. Siehe *Sackett et al.*, siehe Fußnote 61, S. 114-116. Vier Wegweiser wurden angeboten für die Abwägung einer vorgeschlagenen medizinischen Richtlinie: 1.) Wurden alle wichtigen Entscheidungsmöglichkeiten und Ergebnisse klar spezifiziert? 2.) Wurde das relevante Beweismaterial für jede der Entscheidungsmöglichkeiten identifiziert, bestätigt, und zusammengefaßt auf eine vernünftige und klare Weise? 3.) Sind die relativen Vorzüge, die entscheidenden Unparteiischen an den Ergebnissen der Entscheidungen (einschließlich Nutzen, Risiken und Kosten) festmachen, identifiziert, und ausdrücklich in Betracht gezogen worden? 4.) Hält die Richtlinie den klinisch vernünftigen Variationen in der Praxis stand? Siehe *Sackett et al.*, siehe Fußnote 61, S. 115.

¹⁵⁵ Siehe Kacmar, *siehe Fußnote 59*, S. 633-39.

¹⁵⁶ Siehe allgemein RUTH R. FADEN & TOM L. BEAUCHAMP, A HISTORY AND THEORY OF INFORMED CONSENT (1986) (verfolgt die Geschichte und erörtert moralischen Grundlagen der Doktrin der Informierten Einwilligung in der medizinischen Tradition).

¹⁵⁷ Siehe Susan D. Hawkins, Protecting the Rights and Interests of Competent Minors in Litigated Medical Treatment Disputes, 64 FORDHAM L. REV. 2075, 2093-94 (1996)

¹⁵⁸ Cruzan v. Director, Mo. Dep't. of Health, 497 U.S. 261, 269 (1990) (zitiert Union Pacific R. Co. v. Botsford, 141 U.S. 250, 251 (1891)).

¹⁵⁹ Siehe Hawkins, *siehe Fußnote 157*, S. 2094-2102 (andere Interessen schließen Privatheit, frei zu sein von ungewollten körperlichen Eingriffen, und Bewahrung des Lebens ein); James Bopp, Jr. & Richard E. Coleson, A Critique of Family Members as Proxy Decisionmakers Without Legal Limits, 12 ISSUES L. & MED. 133, 134-35 (1996); siehe In re Fiori, 673 A.2d 905, 909-10 (Pa. 1996) (kommentiert, "das Recht, eine medizinische Behandlung abzulehnen, hat tiefe Wurzeln in unserem allgemeinen Recht... aus diesem Recht, frei zu sein von körperlichem Eingriff, entwickelte sich die Doktrin der Informierten Einwilligung").

¹⁶⁰ Turner v. Children's Hospital, Inc., 602 N.E.2d 423, 431 (Ohio App. 1991).

¹⁶¹ Carr v. Strode, 904 P.2d 489, 493 (Haw. 1995).

¹⁶² Wheeldon v. Madison, 374 N.W.2d 367, 375 (S.D. 1985) (zitiert Canterbury v. Spence, 464 F.2d 772, 787 (D.C. Cir. 1972)).

¹⁶³ Siehe William J. McNichols, Informed Consent Liability in a "Material Information" Jurisdiction: What Does the Future Portend?, 48 OKLA. L. REV. 711, 716-17 (1995) (beschreibt Trends der Rechtsprechung in dem Staat); siehe allgemein Laurent B. Frantz, Annotation, Modern Status of Views as to General measure of Physician's Duty to Inform Patient of Risks of Proposed Treatment, 88 A.L.R.3d 1008; Richard A. Heinemann, Pushing the Limits of Informed Consent: Johnson v. Kokemoor and Physician-Specific Disclosure, 1997 WISC. L. REV. 1079, 1082-86 (erörtert den patienten-orientierten Standard und beschreibt Trends).

¹⁶⁴ Siehe Carr v. Strode, 904 P.2d 489, 490 (Haw. 1995). Der grundlegende Fall für die Zurückweisung des ärzte-orientierten Standards und die Annahme des patienten-orientierten Standards ist Canterbury v. Spence, 464 F.2d 772 (D.C. Cir. 1972). Siehe auch Congrove v. Holmes, 308 N.E.2d 765 (Ohio 1973); Arena v. Gingrich, 748 P.2d 547 (Or. 1988); Corrigan v. Methodist Hosp., 869 F. Supp. 1202 (E.D.Pa. 1994); Wilkinson v. Vesey, 295 A.2d 676 (R.I. 1972); Shadrick v. Coker, 963 S.W.2d 726 (Tenn. 1998); Stripling v. McKinley, 746 S.W.2d 502, aff'd, 763 S.W.2d 407 (Tex. 1989).

¹⁶⁵ Siehe Gorab v. Zook, 943 P.2d, S. 423, 428 Anm. 5 (Colo. 1997) (einstimmiger Beschluß) (bemerkt beweiserehebliche Unterschiede zwischen der patienten-orientierten Doktrin der Informierten Einwilligung und dem Behandlungsstandard der medizinischen Gemeinschaft).

¹⁶⁶ Carr v. Strode, 904 P.2d, S. 499 (wird betont im zitierten Text). Ärzte müssen Informationen zur Verfügung stellen bezüglich „wesentlicher Risiken“ und, zumindest nach einigen Urteilen, müssen sie Informationen vermitteln über alternative Behandlungen. Siehe Doe v. Johnston, 476 N.W.2d 28, 30-31 (Iowa 1991).

¹⁶⁷ Cobbs v. Grant, 502 P.2d 1, 10 (Cal. 1972) (einstimmiger Beschluß) ("Ein medizinischer Doktor, als ein Experte, würdigt die zu dem Verfahren, das er verordnet, zugehörigen Risiken, die Risiken der Entscheidung, sich der Behandlung nicht zu unterziehen, und die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Behandlungsergebnisses... Die Abwägung dieser Risiken gegenüber den individuellen subjektiven Ängsten und Hoffnungen des Patienten ist nicht eine Fertigkeit von Experten. Solch eine Abwägung und Entscheidung ist eine nicht-medizinische Entscheidung, die allein dem Patienten zusteht."); Cooper v. Roberts, 286 A.2d 647, 650 (Pa. 1971) ("Da der Patient die Kosten, den Schmerz und das Leid von jeder durch medizinische Behandlung entstandenen Verletzung tragen muß, kann sein Recht, alle wesentlichen Fakten über die vorgeschlagene Behandlung zu kennen, nicht abhängig sein von den selbst-auferlegten Standards des medizinischen Berufsstands."). Nach Cobbs wird von Ärzten erwartet, die Wahrscheinlichkeit des Erfolgs zu erläutern und den Patienten mitzuteilen, was er mit Erfolg meint. Siehe

GEORGE J. ANNAS, Informed consent, cancer, and truth in prognosis. 330 THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, S. 223, 225 (1994).

¹⁶⁸ Siehe Annas, *siehe Fußnote 167*, S. 225. ("Natürlich beruht die Doktrin der Informierten Einwilligung auf der Erkenntnis, daß nicht alle Leute gleich sind, und daß Ärzte die Patienten entscheiden lassen müssen über die Behandlungsmöglichkeiten, sodaß sie sie nicht, immer auf die gleiche Art wie je-den ähnlichen' behandeln.") (Zitiert Leo Tolstoy, the Death of Ivan Ilych, in The Death of Ivan Ilych and Other Stories, S. 95 (Aylmer Maude trans., The New American Library of World Literature, Inc. 1960).

¹⁶⁹ Carr, 904 P.2d auf S. 499.

¹⁷⁰ Canterbury v. Spence, 464 F.2d 772, 789 (D. C. Cir. 1972).

¹⁷¹ Siehe Carr v. Strode, 904 P.2d, auf S. 494; Nishi v. Hartwell, 473 P.2d 116, 119-121 (Haw. 1970), überholt durch Rechtsprechung auf anderen Fachgebieten, (Angst und Besorgnis des Patienten rechtfertigte es, ihm nicht von dem „Begleitrisiko“ der Lähmung, das mit dem diagnostischen Verfahren bezüglich einer Aneurysma verbunden ist).

¹⁷² Nishi, 473 P.2d auf S. 121.

¹⁷³ Siehe McNichols, *siehe Fußnote 163*, S. 728-79 & n. 97 (bemerkt die Seltenheit von Entscheidungen, die auf der Verteidigung des therapeutischen Privilegs beruhen). Vergleiche Roberts v. Wood, 206 F. Supp. 579, 583 (Ala. 1962) (findet die Informierung angemessen und bemerkt: „Ärzte schneiden das Ausmaß ihrer Warnungen vor der Operation häufig auf den speziellen Patienten zu, und darin kann ich keinen Fehler finden. Es ist nicht nur vieles von den Risiken von einer technischen Art jenseits des Verstehens des Patienten, sondern die Angst, Besorgnis und Furcht, die durch eine vollständige Informierung geschaffen würden, könnten auf manche Patienten auch einen sehr nachteiligen Effekt haben.“) mit Cornfeld v. Tongen, 262 N.W.2d 684, 700 (Minn. 1977) (lehnt die Verteidigung des therapeutischen Privilegs ab, wo ein Arzt aussagte, daß „er [die Patientin] nicht beunruhigen wollte mit dem, was er als eine Selbstverständlichkeit ansah“);

¹⁷⁴ Siehe Canterbury, 464 F.2d auf S. 792; McNichols, *siehe Fußnote 163*, S. 728.

¹⁷⁵ Rosebush v. Oakland County Prosecutor, 491 N.W.2d 633, 636 (Mich. App. 1992) (kommentiert: „Das Recht, eine lebensrettende medizinische Behandlung abzulehnen, ist nicht verloren durch die Geschäftsunfähigkeit oder Jugend des Patienten“); Custody of a Minor, 393 N.E.2d 836, 844 (Mass. 1979) (stellt fest, daß die geschäftsunfähigen Personen „denselben Schutz ihrer Rechte und Wahlmöglichkeiten“ genießen wie geschäftsfähige Personen)(Zitate ausgelassen).

¹⁷⁶ Siehe allgemein American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics, Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice, POLICY REFERENCE GUIDE 496 (1997) (auch zu finden unter 95 PEDIATRICS S. 314 (Feb. 1995)); Joseph P. McMenamin & Karen Iezzi Michael, Children As Patients, in LEGAL MEDICINE 396 (American College of Legal Medicine, ed., 4. Ausgabe 1998); Bopp & Coleson, *siehe Fußnote 159*; Dena S. Davis, Genetic Dilemmas and the Child's Right to an Open Future, 28 RUTGERS L.J. 549 (1997); Leslie P. Francis, The Roles of the Family in Making Health Care Decisions for Incompetent Patients, 1992 UTAH L. REV. S. 861; Leonard H. Glantz, Research with Children, 24 AM. J.L. & MED. 213 (1998); Marcia Gottesman, Civil Liability for Failing to Provide 'Medically Indicated Treatment' to a Disabled Infant, 20 FAM. L.Q. S. 61 (1986); Louise Harmon, Falling Off the Vine: Legal Fictions and the Doctrine of Substituted Judgment, 100 YALE L.J. 1 (1990); Hawkins, *siehe Fußnote 157*; Robert J. Katerberg, Institutional Review Boards, Research on Children, and Informed Consent of Parents: Walking the Tightrope Between Encouraging Vital Experiments and Protecting Subjects' Rights, 24 J.C. & U.L. 545 (1998); Ann MacLean Massie, Withdrawal of Treatment for Minors in a Persistent Vegetative State: Parents Should Decide, 35 ARIZ. L. REV. S.173 (1993); Andrew Popper, Averting Malpractice By Information: Informed Consent in the Pediatric Treatment Environment, 47 DEPAUL L. REV. S. 819 (1998); Elyn R. Saks, Competency to Refuse Treatment, 69 N.C. L. REV. S. 945 (1991); Robyn S. Shapiro & Richard Barthel, Infant Care Review Committees: An Effective Approach to the Baby Doe Dilemma?, 37 HASTINGS L.J. S. 827 (1986); Walter Wadlington, Medical Decision Making For And By Children: Tensions Between Parent, State, and Child, 1994 U. ILL. L. REV. S. 311; Rachel M. Dufault, Comment, Bone Marrow Donations By Children: Rethinking the Legal Framework in Light of Curran v. Bosze, 24 CONN. L. REV. S. 211 (1991); Elizabeth J. Sher, Note, Choosing for Children: Adjudicating Medical Care Disputes Between Parents and the State, 58 N.Y.U. L. REV., S. 157 (1983).

¹⁷⁷ Die Pflicht der Eltern, Entscheidungen zu treffen, wird manchmal als ein Recht aufgefaßt. Wenn das Recht die Verpflichtung der Eltern, Entscheidungen zu treffen, als ein elterliches Recht ansieht, dann könnten die Rechte des Kindes unter denen der Eltern untergeordnet werden. Siehe Institute of Medical Ethics, *MEDICAL RESEARCH WITH CHILDREN: ETHICS, LAW, AND PRACTICE* 132 (RICHARD H. NICHOLSON ed. 1986). Ob man es als Recht oder Pflicht ansieht, elterliche Entscheidungen werden bemäntelt mit Rücksichtnahme, die erwächst aus dem Recht auf Privatsphäre und der elterlichen Autonomie nach dem 14. Zusatzartikel zur Verfassung. Siehe z. B. *Wisconsin v. Yoder*, 406 U.S. 205 (1972).

¹⁷⁸ Das juristische Entscheidungsorgan „muß sich selbst so weit wie möglich zum Stellvertreter für den Geschäftsunfähigen machen und... nach denselben Motiven und Überlegungen handeln, die den Geschäftsunfähigen bewegt hätten.“ *Dufault*, siehe *Fußnote 176*, S. 221 (zitiert *City Bank Farmers Trust Co. v. McGowan*, 323 U.S. 594, 599 (1945)).

¹⁷⁹ "Der grundlegende Unterschied zwischen der Anwendung der stellvertretenden gerichtlichen Entscheidung und dem ‚Ausprobieren, was besten Interessen des Kindes sind‘, liegt unter solchen Bedingungen nicht in der erreichten Entscheidung, die die gleiche sein kann, sondern im Ansatzpunkt, von dem aus die Entscheidung erreicht wird“ *Dufault*, siehe *Fußnote 176*, S. 227. Siehe *Rosebush* 491 N.W.2d, auf S. 639 (erörtert den Unterschied und kommentiert, daß das bevorzugte Treffen von Ersatzentscheidungen heißt, einen Standard der stellvertretenden gerichtlichen Entscheidung und einen Standard des besten Interesses zu benutzen, wo eine Bevorzugung niemals festgestellt wurde oder auch sonst unbekannt ist). Siehe auch Catherine L. Annas, *Irreversible Error: The Power and Prejudice of Female Genital Mutilation*, 12 J. CONTEMP. HEALTH L. & POL'Y, S. 325, 337 Anm. 123 (1996).

¹⁸⁰ *Dufault*, siehe *Fußnote 176*, S. 214-215.

¹⁸¹ *Parham v. J.R.*, 442 U.S. 584, 602 (1979); siehe auch *In re. L.H.R.* 321 S.E.2d 716, 722 (Ga. 1984); *Dufault*, siehe *Fußnote 176*, S. 218-19; siehe auch *Hawkins*, siehe *Fußnote 157*, S. 2081; *Sher*, S. 171-72.

¹⁸² *Fiori v. Pennsylvania*, 673 A.2d 905, 912 (Pa. 1996) (Zitate ausgelassen) (erkennt das Recht der Mutter auf die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen für ihren erwachsenen Sohn an, wenn dieser sich in einem dauerhaft dahinvegetierenden Zustand befindet).

¹⁸³ Siehe *In re Doe*, 418 S.E.2d 3, 7, Anm. 6 (Ga. 1992) (kommentiert, daß die Eltern kein „uneingeschränktes Recht“ haben, „für ihre Kinder medizinische Entscheidungen zu treffen“); Institute of Medical Ethics, S. 133-34 (erörtert die Grenzen der elterlichen Machtbefugnis); *McMenamin & Michael*, siehe *Fußnote 176*, S. 397; *Dufault*, siehe *Fußnote 176*, S. 213-16 (verfolgt die historische Perspektive des elterlichen Rechts, medizinische Entscheidungen zu treffen); siehe auch *Povenmire*, siehe *Fußnote 91*, S. 107-109.

¹⁸⁴ Siehe *Rosebush v. Oakland County Prosecutor*, 491 N.W.2d 633, 637 (Mich. App. 1992) ("Wir sind der Ansicht, daß der Prozeß der Entscheidungsfindung üblicherweise in der klinischen Umgebung ohne Zuflucht zu den Gerichten stattfinden sollte, aber daß die Gerichte als Unterstützung zur Verfügung stehen sollten, wenn bei der Entscheidungsfindung eine Sackgasse erreicht wird.(").

¹⁸⁵ Siehe *Sher*, siehe *Fußnote 176*, S. 168-69 (bemerkt, daß die Gerichte Konflikte zwischen dem Staat und den Eltern lösen, und „wenige Gerichte zur Kenntnis nehmen, daß Kinder ein Interesse haben, sich unabhängig von ihren Eltern oder dem Staat zu äußern“).

¹⁸⁶ Siehe allgemein *ROGER B. DWORKIN, LIMITS: THE ROLE OF THE LAW IN BIOETHICAL DECISION MAKING* 54-60 (1996) (bestätigt die zunehmend juristisch angenommene Herangehensweise von Fall zu Fall bei Fällen unfreiwilliger Sterilisation); siehe *Povenmire*, siehe *Fußnote 91*, S. 107-108.

¹⁸⁷ Siehe allgemein *Roberta Cepko, Involuntary Sterilization of Mentally Disabled Women*, 8 *BERKELEY WOMEN'S L.J.* 122 (1993) (beschreibt die Herangehensweise von gesetzlichem Recht und Recht aufgrund von Präzedenzfällen an die Sterilisation von geistig Behinderten); *Elizabeth Scott, Sterilization of Mentally Retarded Persons: Reproductive Rights and Family Privacy*, 1986 *DUKE L.J.* 806, 818 (bemerkt: „Die meisten Gesetze ... umfassen strenge verfahrensmäßige und erhebliche Voraussetzungen, die eine starke Vermutung gegen die Sterilisation schaffen“).

¹⁸⁸ *DWORKIN*, siehe *Fußnote 186*, S. 58; *Scott*, siehe *Fußnote 187*, S.848 Anm. 140; siehe z. B. *Haw. Rev. Stat. § 560:5-602* ("Personen, die unter Vormundschaft stehen, und die das Alter von 18 Jahren erreicht

haben, haben das gesetzliche Recht, sich sterilisieren zu lassen... In keinem Fall jedoch sollen Mündel ohne Genehmigung des Gerichts sterilisiert werden... außer wenn die Sterilisation als ein Teil medizinischer Notfallbehandlung vorkommt“).

¹⁸⁹ In the Matter of Romero, 790 P.2d 819, 821 (Colo. 1990) (einstimmiger Beschluß) (lehnt das Ersuchen des Vormunds um die Sterilisation eines gehirnverletzten Erwachsenen ab).

¹⁹⁰ Estate of C.W., 640 A.2d 427, 428 (Pa. Super. Ct. 1994) (bestätigt das Ersuchen der Mutter um die Sterilisation der erwachsenen geistig zurückgebliebenen Tochter) (zitiert In re Mildred J. Terwilliger, 450 A.2d 1376, 1382 (Pa. Super. Ct. 1982)).

¹⁹¹ Siehe Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 28-29 (bemerkt die medizinische Tendenz, die weibliche Fortpflanzungsfähigkeit zu bewahren, nicht aber die männliche Fortpflanzungsfähigkeit).

¹⁹² Siehe KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 77-104, 132; Dreger, *History*, *siehe Fußnote 83*, S. 353; Kipnis & Diamond, *Pediatric Ethics*, *siehe Fußnote 11*, S. 406-07; Povenmire, *siehe Fußnote 91*, S. 122-123 (tritt für eine ebenso erhöhte Berücksichtigung ethischer Aspekte in Fällen der Beschneidung von Jungen ein).

¹⁹³ Povenmire schlägt diesen Standard vor für die Abwägung von Entscheidungen über die Beschneidung von Jungen, der Eltern dazu veranlaßt, medizinische Rechtfertigungen für das Verfahren abzuwägen gegen die Unwiderruflichkeit des Verfahrens und die Unfähigkeit des Kindes zur Einwilligung.. Siehe Povenmire, *siehe Fußnote 91*, S. 102-103.

¹⁹⁴ Siehe z. B., Rosebush v. Oakland County Prosecutor, 491 N.W.2d 633, 637 (Mich. Ct. App. 1992) (gibt einen Überblick über Gerichtsurteile und vertritt die Ansicht, daß kein Antrag an das Gericht erforderlich ist vor der Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen bei Minderjährigen in einem dauerhaft dahin vegetierenden Zustand); ebenso In re L.R.H., 321 S.E.2d 716 (Ga. 1984) (vertritt übereinstimmend die Ansicht, daß keine vorherige gerichtliche Genehmigung erforderlich ist zur Beendigung von lebenserhaltenden Maßnahmen bei Minderjährigen).

¹⁹⁵ Siehe z. B. In re Sampson, 317 N.Y.S.2d 631 (Fam. Ct. 1970), *aff'd*, 323 N.Y.S.2d 253 (App. Div. 1971) (ordnet eine Operation an zur Korrektur eines mißgebildeten Gesichts trotz des ausschließlich psychologischen Risikos bei der Alternative, nicht zu behandeln, und des chirurgischen Risikos für die Gesundheit); State v. Perricone, 181 A.2d 751 (1962); Jehovah's Witnesses v. King County Hosp., 278 F. Supp. 488 (W.D. Wash. 1967), *aff'd*, 390 U.S. 598 (1968); siehe allgemein Sher, *siehe Fußnote 176*, S. 161 Anm. 19-23 (Fallsammlung).

¹⁹⁶ Siehe z. B. A.D.H. v. State Dep't of Human Resources, 640 So.2d 969 (Ala. Civ. App. 1994) (ordnet Behandlung mit AZT bei AIDS an); Petra B. v. Eric B., 265 Cal. Rptr. 342 (Ct. App. 1989) (ordnet eine medizinische Behandlung für Verbrennungen an, wo Eltern ihr Kind mit pflanzlichen Mitteln behandeln); Custody of a Minor, 379 N.E.2d 1053 (Mass. 1978) (vertritt die Ansicht, daß die beste Hoffnung des Kindes auf Genesung Chemotherapie erforderte trotz und über die Sorgen bzgl. körperlicher Beschwerden und den elterlichen Pessimismus hinweg); In re Vasko, 263 N.Y.S. 552 (App. Div. 1933) (ordnet die chirurgische Entfernung eines krebskranken Auges trotz elterlicher Einwendungen an); In re Rotkowitz, 25 N.Y.S.2d 624 (Dom. Rel. Ct. 1941) (ordnet eine Operation am Fuß an, um eine fortschreitende Verformung zu korrigieren); siehe aber In re Seiferth, 127 N.E.2d 820 (N.Y. 1955) (unterstützt das Recht der Eltern zu der Entscheidung, einen Wolfsrachen und eine Hasenscharte nicht zu behandeln); In re Tuttendario, 21 Pa. Dist. 561 (1912) (vertritt die Auffassung, daß Eltern entscheiden können, einen chirurgischen Eingriff bei durch Rachitis hervorgerufenen Mißbildungen zu verweigern, weil sie mögliche Folgen fürchteten).

¹⁹⁷ Petra B., 265 Cal. Rptr. 345-346 (zitiert In re Philip B. 156 Cal. Rptr. 48, 50-51 (Cal. App. 1979)).

¹⁹⁸ Siehe allgemein Kenneth Kipnis, *Parental Refusals of Medical Treatment on Religious Grounds: Pediatric Ethics and the Children of Christian Scientists*, in LIBERTY, EQUALITY AND PLURALITY 268, 272-74 (Larry May, et al., eds. 1997); *Human Research Subjects*, *siehe Fußnote 50*, S. 6-18 bzw. 6-25 (erörtert Überlegungen, wenn Kinder Forschungsobjekte sind); Karine Morin, *The Standard of Disclosure in Human Subject Experimentation*, 19 J. Legal Med. 157, 189-90 (1998). Siehe auch Petra B., 265 Cal. Rptr. auf S. 346 (vertritt die Ansicht, daß der Staat eingreifen darf unter Abwägung der "Schwere des Leids", „der Beurteilung der Behandlung durch den medizinischen Berufsstand“, der „Risiken, die die medizinische Behandlung des Kindes mit sich bringt,“ und der zum Ausdruck gebrachten Vorteile für das Kind“) (zitiert In re Philip B., 156 Cal. Rptr, S.51).

¹⁹⁹ Siehe Scott, *siehe Fußnote 187*, S. 849 Anm. 142 (bemerkt die Schwierigkeit darin, einzuschätzen, „wie jemand in der Zukunft funktionieren oder sich verhalten wird“).

²⁰⁰ Siehe Joel Feinberg, Child's Right to an Open Future, in WHOSE CHILD? CHILDREN'S RIGHTS, PARENTAL AUTHORITY, AND STATE POWER 124 (William Aiken & Hugh LaFollette, eds., 1980)

²⁰¹ Siehe Feinberg, *siehe Fußnote 200*, auf S. 126, 151 ("Wenn die Zukunft des Kindes so weit wie möglich offen gelassen wird, damit sein eigenes vollendetes Ich entscheidet, wird der vom Glück begünstigte Erwachsene bereits, ohne Widerspruch, eine gewisse Menge an Selbst-Erfüllung erlangt haben, eine Folge vor allem seiner bereits selbstbestimmten Entscheidungen zur Förderung seiner eigenen natürlichen Prioritäten."); Dufault, *siehe Fußnote 176*, S. 218-19.

²⁰² Institute of Medical Ethics, *siehe Fußnote 177*, S. 131.

²⁰³ Kipnis, *siehe Fußnote 198*, S. 273.

²⁰⁴ Kipnis, *siehe Fußnote 198*, S. 273.

²⁰⁵ Kipnis, *siehe Fußnote 198*, S. 273.

²⁰⁶ Kipnis, *siehe Fußnote 198*, S. 273.

²⁰⁷ Siehe Morin, *siehe Fußnote 198*, S. 191

²⁰⁸ Siehe Perlmutter, *siehe Fußnote 12*, S. 2 („Die Geburt eines Kleinkinds mit genitaler Uneindeutigkeit stellt ein dringendes medizinisches und soziales Problem dar, das eine sorgfältige und gründliche Beurteilung erfordert, um so bald wie möglich eine Geschlechtsangleichung durchzuführen.“); Wilson & Reiner, *siehe Fußnote 62*, S. 368 (kommentieren: „Es ist interessant, zu bemerken, daß uneindeutige Genitalien im wesentlichen nur das Genital betreffende Abweichungen sind, die als chirurgischer Notfall aus kosmetischen Gründen angesehen werden.“); Nussbaum, *siehe Fußnote 12*, S. 93 (beschreibt die medizinische Charakterisierung von Intersexualität als „sozialen und psychologischen Notfall“). Im John/Joan-Fall erinnerten sich die Eltern, wie sie gedrängt wurden, die herzzerreißende Entscheidung zu treffen. Sie erhielten tatsächlich einen Brief von Money, der zu verstehen gab, daß sie „zau-derten“. Sie befragten ihre Familie und ihren Kinderarzt, die alle von der Operation abrieten. Aber sie wurden überredet von „Dr. Money's Überzeugung, daß das Verfahren jede Chance auf Erfolg habe.“ Colapinto, *siehe Fußnote 11*, S. 64. Das Verfahren der Informierten Einwilligung hat sich nicht sehr verändert. Nussbaum beschreibt einen Fall in 1998. Eine Psychologin aus dem Behandlungsteam „warnte die Familie, daß Emma ohne kosmetische Chirurgie unter sozialgeschlechtlicher Verwirrung leiden könnte, und versicherten Vicky noch einmal, daß sie gut angepaßte Mädchen kannte, die solche Operationen bekommen hatten.“ Nussbaum, *siehe Fußnote 12*, S.95. Obwohl der Elternteil verlangte, „zumindest eine(n) erwachsene(n) Intersexuelle(n)“ zu treffen, „der/die mit seiner/ihrer Operation glücklich war“, wurde ihr nie ein Name genannt. Nußbaum, *siehe Fußnote 12*, S. 95. Der Chirurg informierte die Eltern: „Emma hätte als Mädchen ein einfacheres Leben.“ Nußbaum, *siehe Fußnote 12*, S. 95. Die Mutter berichtete, daß der Arzt die Möglichkeit, daß das Kind sich später beklagen könnte, nicht einräumte. „Er sagte: Es gibt eine Gruppe von Leuten, die glauben, wir täten das Falsche. In 30 Jahren werden wir vielleicht herausfinden, daß sie recht haben, jetzt aber ist es das beste, das wir kennen.“ Nußbaum, *siehe Fußnote 12*, S. 95.

²⁰⁹ Siehe Kessler, *siehe Fußnote 12*, S. 17-21; Cowley, *siehe Fußnote 74*, S. 66.

²¹⁰ Siehe Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 30 (zitiert Patricia K. Donahoe, et al., Clinical Management of Intersex Abnormalities, 28 CURRENT PROBLEMS IN SURGERY S. 515, 540 (1991)). Tatsächlich benötigt nur die „Salzverlust-“ Kategorie von AGS unverzügliche Aufmerksamkeit. In seltenen Fällen sind die Gonaden anfällig für die Entwicklung von böswilligen Tumoren und können zur Vorbeugung entfernt werden, aber solche Operationen können hinausgeschoben werden. Diamond & Sigmundson, Management of Intersexuality, *siehe Fußnote 11*, S. 1047.

²¹¹ Siehe Kessler, *siehe Fußnote 12*, S. 21-24; Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 27 ("In einem Versuch, jegliche Verwirrung über die Geschlechtsidentität des Kindes zu verhindern oder zu beenden, versuchen Klinikärzte, es so zu sehen, daß das körperliche und das soziale Geschlecht eines/einer Intersexuellen dauerhaft entschieden wird von spezialisierten Ärzten innerhalb von 48 Stunden nach der Geburt.“).

²¹² Siehe KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 17 (zitiert einen Urologen: „Eines der schlimmsten Dinge ist, ihnen [den Eltern] zu erlauben, voranzugehen, und einen Namen zu vergeben, und diesen jedem mitzu-teilen, und es sich dann herausstellt, daß man das Kind in dem entgegengesetzten Geschlecht aufziehen muß.“) (Änderung der ursprünglichen Eintragung); MONEY, SEX ERRORS 1994, *siehe Fußnote 17*, S. 65-66.

²¹³ Siehe Diamond & Sigmundsson, Management of Intersexuality, *siehe Fußnote 11*, S. 1047 (kosmetische klitorale und geschlechtliche Angleichung sollten aufgeschoben werden, bis „der Patient in der Lage ist, eine wirkliche Informierte Einwilligung zu geben“); siehe Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 30 (stellt fest, daß Klinikärzte das Vorliegen von Intersexualität als einen „sozialen Notfall“ ansehen); Nußbaum, *siehe Fußnote 12*, S. 93; Wilson & Reiner, *siehe Fußnote 62*, S. 368. Man könnte argumentieren, wie es der Psychologe Meyer-Bahlburg getan hat, daß die Handlungen und Überzeugungen des Erwachsenen vorherbestimmt werden, durch das, was vom Kleinkindalter an beginnend geschieht, und daher Chirurgie am Neugeborenen von Vorteil und nicht „nur“ kosmetisch sei, da es eine Anpassung an das eingetragene soziale Geschlecht erleichtern werde. Siehe Meyer-Bahlburg, *siehe Fußnote 87*, S. 14. Jedoch unterstützt keine kontrollierte Studie diese These. Die Prämisse ist ziemlich zweifelhaft: Eltern müssen einwilligen in eine Notfall-Operation an den Genitalien ihrer Kinder, um psychologischen Schaden zu einem späteren Zeitpunkt zu verhindern.

²¹⁴ Siehe Timing of Elective Surgery, *siehe Fußnote 12*, S. 590 (drückt die Sorge aus, daß diese genitalen Defekte „die Haltung der Mutter gegenüber dem Kind beeinflussen können“, und bemerkt den Nachteil der „Verlängerung des ‚defekten‘ Zustands des Kindes, und kristallisiert jegliche Zerrissenheit in familiären Beziehungen heraus, die die Beschaffenheit des Kindes hervorgerufen haben könnten“). Cowley, *siehe Fußnote 74*, S. 65 (berichtet von der Sichtweise, daß Ärzte die Auffassung haben, daß „das Schaffen eines normalen äußeren Erscheinungsbildes“ eilt.) Statt der „Normalisierung“ der Geschlechtsorgane, drängt Diamond Klinikärzte, die Eltern dahingehend zu beraten, daß „die äußerlichen Erscheinungsbilder während der Kindheit, wenngleich sie nicht typisch sind für andere Kinder, von weniger Bedeutung sein können als die Funktionalität und die postpubertäre erotische Sensitivität.“ Diamond & Sigmundson, Management of Intersexuality, *siehe Fußnote 11*, S. 1047.

²¹⁵ Siehe MONEY, SEX ERRORS 1994, *siehe Fußnote 17*, S. 82-83 (warnt, daß Eltern von Kindern mit angeborenen Defekten der Geschlechtsorgane „den kranken Teil an ihrem Kind verachten, kritisieren und meiden könnten, mit der Folge, daß das Kind sich als Person verachtet, kritisiert und gemieden fühlt.“); siehe auch Timing of Elective Surgery, *siehe Fußnote 12*, S. 590.

²¹⁶ Wilson & Reiner, *siehe Fußnote 62*, S. 363 (zitiert Heino F.L. Meyer-Bahlburg, Gender Assignment in Intersexuality, 10 J. PSYCH. & HUMAN SEXUALITY 1-21 (1998)).

²¹⁷ Siehe Diamond & Sigmundson, Management of Intersexuality, *siehe Fußnote 11*, S. 1048.

²¹⁸ Siehe; KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 128-32. Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 32-33. Außerdem schaffen die Hast und die Verschwiegenheit ihre eigene Scham und ihr eigenes Stigma. Siehe Dreger, *siehe Fußnote 72*, S. 192 (zitiert Sherri A. Groveman: „Die größte Quelle der Angst...sind die Scham und die Furcht, die aus einer Umgebung resultieren, in der unsere Beschaffenheit so unakzeptabel ist, daß die Behandlungsanbieter lügen.“); Robert A. Couch, Betwixt and Between: The Past and Future of Intersexuality, 9 J. CLIN. ETHICS, S. 372, 375 (1998) (bemerkt, daß das Unbehagen mit der Intersexualität kulturell konstruiert ist); Sharon Preves, For the Sake of the Children: Destigmatizing Intersexuality, 9 J. Clin. Ethics, S. 411, 415 (1998) (bemerkt, daß eine Operation die Scham eher vergrößert, als sie zu beseitigen, und daß man den Eltern eher hätte beibringen sollen, mit ihrem andersartigen Kind umzugehen, als die fehlgeleiteten Versuche durchzuführen, es durch tiefgreifende Operationen zu „normalisieren“); Wilson & Reiner, *siehe Fußnote 62*, S. 364 (kommentieren, daß das Schweigen „deutliche Gefühle von Scham“ produziert). Es gibt eine wachsende Anerkennung dafür, daß das soziale Geschlecht entlang eines Kontinuums existiert, soviel Medizin und Gesellschaft sich auch eine zweigeteilte Konstruktion des sozialen Geschlechts wünschen. Siehe KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 132; Terry S. Kogan, Transsexuals and Critical Gender Theory: The Possibility of a Restroom Labeled "Other," 48 HASTINGS L.J. 1233, 1238 (1997); siehe auch Brynn Craffey, 1997. Showering "Sans Penis". CHRYSALIS: THE JOURNAL OF TRANSGRESSIVE GENDER IDENTITIES, 2:55-56 (1997).

²¹⁹ Diamond & Sigmundson, Management of Intersexuality, *siehe Fußnote 11*, S. 1047; vergleiche KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 119-132; Cowley, *siehe Fußnote 74*, S. 66 (berichtet über Empfehlungen der Intersexuellen Gesellschaft von Nordamerika (ISNA) und der Biologin Anne Fausto-Sterling: „Erziehen Sie ein Kind in dem Geschlecht, das für sein Wohl am besten zu sein scheint.“).

²²⁰ Die Ansichten von Diamond and Sigmundson werden unterstützt von der ISNA, einer Organisation von und für erwachsene Intersexuelle. Siehe ISNA, *siehe Fußnote 109*; siehe Chase, *siehe Fußnote 85*, S. 385.

²²¹ Diamond & Sigmundson, *Management of Intersexuality*, *siehe Fußnote 11*, S. 1047.

²²² Siehe KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 74-76. Im Hinblick auf die Auswirkung auf die Eltern hat selbst Money geschrieben: „Mehr als die Hälfte der Eltern (8/14) durchlebten nur eine kurzzeitige Krise geringeren Grades, als es auf sie eingestürzt war, daß sie ein Baby mit Mikropenis hatten [von dem man ihnen gesagt hatte, daß es einer Geschlechtsangleichung zum Mädchen bedürfe]. Niemand von ihnen hatte eine Krise extremen Ausmaßes.“ JOHN MONEY et al. Micropenis, Family Mental Health, And Neonatal Management: A Report On 14 Patients Reared As Girls. *JOURNAL OF PREVENTIVE PSYCHIATRY*, 1:17-27 (1981).

²²³ Wilson & Reiner, *siehe Fußnote 62*, S. 367.

²²⁴ Dreger, , *siehe Fußnote 12*, S. 30.

²²⁵ Siehe Mack v. Mack, 618 A.2d 744, 759 (Md. App. 1993); Wentzel v. Montgomery Gen. Hosp., Inc., 447 A.2d 1244 (Md. 1982) ("Bei der Berücksichtigung der besten Interessen eines geschäfts-unfähigen Minderjährigen sollten das Wohlergehen der Gesellschaft oder die Bequemlichkeit oder die Seelenruhe der Eltern oder des Vormunds des Schützlings keine Rolle spielen"); Estate of C.W., 640 A.2d 427, 428 (Pa. Super. 1994) (zitiert Matter of Mildred J. Terwilliger, 450 A.2d 1376, 1382 (Pa. 1982)) ("Bei der Entscheidungsfindung, ob eine Sterilisierung [eines geschäfts- unfähigen Erwachsenen] genehmigt wird, sollte ein Gericht nur das beste Interesse der geschäftsunfähigen Person berücksichtigen, und nicht die Interessen oder die Bequemlichkeit der Eltern, des Vormunds oder der Gesellschaft.");

²²⁶ Bopp & Coleson, *siehe Fußnote 159*, S. 142 (erörtern Studien, die eine Tendenz von Ärzten zeigen, Informationen zurückzuhalten, oder die „Begrenztheit ihres beruflichen Wissens und ihrer Fähigkeiten“ nicht zuzugeben).

²²⁷ Bopp & Coleson, , *siehe Fußnote 159*, S. 141-42.

²²⁸ Yronwode, *siehe Fußnote 85*. Komplikationen, chirurgisches Versagen und die Notwendigkeit für mehrfache Operationen sind hoch bei der genitalen Chirurgie an Kindern. Siehe auch Fausto-Sterling, *siehe Fußnote 11*, S. 86-87.

²²⁹ MONEY, SEX ERRORS 1968, *siehe Fußnote 17*, S. 62-63.; MONEY, SEX ERRORS 1994, *siehe Fußnote 17*, S. 67.

²³⁰ MONEY, SEX ERRORS 1968, *siehe Fußnote 17*, S. 62. Einer der am Anfang dieses Papiers erwähnten Patienten berichtet, daß man seinen Eltern gesagt hatte, er benötige „korrigierende“ Chirurgie, aber daß Sie niemals die Art der Beschaffenheit ihres Kindes anerkannten. Ein Arzt erinnerte sich für einen Reporter freimütig daran, wie er und seine Kollegen Eltern von intersexuellen Kindern berieten:

Ein Kinderendokrinologe am Children's Memorial Hospital in Chicago würde zwei „X“-Buchstaben vorlegen. Dies, so würde er sagen, wäre das, wie die Geschlechtschromosomen eines normalen Mädchens aussehen: XX. Dann würde er mit seiner Handkante ein Bein eines X abtrennen. Dies, so würde er sagen, ist, was mit einem der X-Chromosomen ihrer Tochter geschah... Es wäre unvollständig, unfertig. Dies wäre der Grund, warum ihre Geschlechtsorgane sich nicht in der Weise entwickelt hätten, wie sie es sollten, warum ihre Brüste nicht wachsen würden, warum sie niemals Kinder haben könnte. Was er nicht sagte, ist daß das „unvollständige“ X überhaupt kein X-Chromosom war. Es war ein Y-Chromosom, das genetische Erkennungszeichen für einen Jungen. Das Kind, über das sie sprachen, war kein Mädchen, zumindest nicht, soweit es um ihre Gene geht. Sie war ein Junge. Kiernan, S. 1 Louise Kernan, In *Intersex Cases, Gender is a Complex Question*, Chicago Trib., 20. Juni 1999, unter 1-1 (interviewt Jorge Daaboul). Nussbaum lieferte kürzlich einen Bericht über einen Fall aus dem Jahr 1998, wo die Eltern über die Kondition besser informiert waren, Nußbaum, *siehe Fußnote 12*, S. 93-94, aber scheinbar nicht vollständig über den Mangel an Langzeitstudien in Kenntnis gesetzt worden waren. In jenem Fall informierte ein Elternteil sich selbst über die gegensätzlichen Ansichten durch Kontakte mit der ISNA, doch beschloß letztendlich eine Operation für das Kind. Nußbaum, *siehe Fußnote 12*, S. 95.

²³¹ Siehe Fausto-Sterling, *siehe Fußnote 11*, S.50 (beschreibt Beratungstechniken); KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 21-24 (beschreibt die an die Eltern während der Diagnose vermittelten Informationen und stellt fest,

daß täuschende und unvollständige Informationen gegeben wurden); Colapinto, *siehe Fußnote 11*, S.95; Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 31 (erzählt anekdotenhafte Berichte nach von Eltern und erwachsenen Patienten darüber, daß sie falsch unterrichtet und getäuscht worden sind über die Art der Lage und der Behandlung); Cowley, *siehe Fußnote 74*, S. 64, 66.

²³² Die Vorstellung, daß intersexuelle Kleinkinder unvollständig seien, kann mütterliche Schuldgefühle fördern, daß mehr Zeit für die Schwangerschaft die Geschlechtsmerkmale des Kleinkinds vervollständigt hätte.

²³³ KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 23.

²³⁴ Intersexualität ist nicht nur eine Kondition der Genitalien, sondern vielmehr eines sexuell zweigestaltigen Gehirns. Siehe Reiner, Teenage girl, *siehe Fußnote 96*, (stellt die Vielfalt intersexueller Konditionen und die Unsicherheit über ihre Gründe fest); siehe auch Milton Diamond, Human sexual development: biological foundation for social development. In F. A. Beach (ed.), HUMAN SEXUALITY IN FOUR PERSPECTIVES, S. 22, 38-39 (F.A. Beach ed., 1976); Grumbach & Conte, *siehe Fußnote 2*, S. 1304-1331.

²³⁵ Grumbach & Conte, *siehe Fußnote 2*, S. 1330 (erörtern die Rolle der Hormone vor der Geburt und anderer Einflüsse auf die sexuelle Identität und erkennt die wissenschaftliche Unsicherheit bezüglich der bestimmten Faktoren für die sexuelle Identität an).

²³⁶ Im Kontext der unfreiwilligen Sterilisierung im Allgemeinen kommentiert ein Gericht: „Das Recht eines Menschen, sich fortzupflanzen, ist grundlegend... Sterilisierung beinhaltet einen chirurgischen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit. Sie zerstört, einen wichtigen Teil der sozialen und biologischen Identität einer Person, ...kann für den Menschen traumatisch sein und „lang anhaltende schädliche Auswirkungen auf das Gefühlsleben haben.“ “In re Romero, 790 P.2d 819. 821 (Colo. 1990) (einstimmiger Beschluß) (Zitate ausgelassen) (unterstützt das Recht einer geschäftsunfähigen Mutter von zwei Kindern, eine Sterilisierung abzulehnen, nachdem sie den Wunsch ausgedrückt hat, weitere Kinder zu haben).

²³⁷ Ein vor kurzem preisgekröntes Essay einer Studentin befürwortet die Täuschung im Falle eines erst in der Jugend entdeckten Androgen-Insensitivitäts-Syndroms (AIS). AIS - Patienten mit der kompletten Form dieser Kondition sind genetische Jungen, die aus Mangel an für die männliche Ausformung des Körpers erforderlichen Rezeptoren mit einer äußeren Erscheinung wie bei Mädchen aufwachsen und eine weibliche sexuelle Identität entwickeln werden, aber eine unterentwickelte Vagina und keine Eierstöcke haben. Diese Kondition wird manchmal bis zur Jugend übersehen, wo sie dann entdeckt wird, weil das Kind keine Menstruation bekommt. Die Medizin-Studentin argumentiert, daß sowohl die Eltern, als auch deren jugendliches Kind vor dem Wissen über AIS bewahrt werden sollten. Da „die einzigen Dienstleistungen, die der Arzt erbringen kann, die chirurgische Rekonstruktion der Vagina und die Empfehlung zur Adoption sind,“ schlägt sie vor, daß, wenn „die Patientin sich vollkommen wohl fühlt mit ihrer weiblichen Sexualität“, dann „die Ärzte, die AIS-Patienten behandeln, berechtigt sind, die Information, daß die Patientin genetisch männlich ist, nicht mitzuteilen.“ Anita Natarajan, Medical Ethics and Truth-Telling in the Case of Androgen Insensitivity Syndrome, 154 CANADIAN MED. ASS'N J., S. 568-69 (1996).

²³⁸ Siehe Colapinto, *siehe Fußnote 11*, S. 95. J/J widersetzte sich der Hormonbehandlung und vier Jahren des unnachgiebigen Drucks und der Täuschung sowohl durch Dr. Money, als auch durch ihr örtliches Behandlungsteam, sich der Neukonstruktion einer Vagina zu unterziehen. Siehe Colapinto, The True Story, *siehe Fußnote 11*, S.70-71; siehe auch Fausto-Sterling, *siehe Fußnote 11*, S.64-66 (erörtert die Verschwiegenheit und die Täuschung); Groveman, *siehe Fußnote 84*, S. 357-359 (erörtert Leben mit AIS, erzählt von Operation und weiter gehenden medizinischen Behandlungen, und stellt fest, daß die Ärzte „meine Eltern beschwören, mir niemals die Wahrheit mitzuteilen“, und beschreibt schließlich die Aufdeckung ihrer eigenen Diagnose im Alter von 20 Jahren durch medizinsch-detektivische Arbeit).

²³⁹ Wilson und Reiner beschreiben das Grundprinzip der Verschwiegenheit:

Zur Zeit der ursprünglichen Geschlechtszuweisung haben Ärzte, um die psychosexuelle Entwicklung des Kindes vor möglicherweise schmerzhaften Bemerkungen zu schützen, den Familien üblicherweise geraten, nichts davon mit anderen Familienmitgliedern oder Freunden zu besprechen. Außerdem empfahlen sie den Eltern auch, basierend auf der Theorie, daß jeglicher Zweifel die Entwicklung der Geschlechtsidentität in Übereinstimmung mit dem angeleglichen Geschlecht, in dem zu erziehen sei, untergraben könnte, die Beschaffenheit des Kindes nicht mit dem Kind zu erörtern..

Wilson & Reiner, *siehe Fußnote 62*, S. 363. Wilson and Reiner erläutern, daß in dem Maße, wie medizinische Aufzeichnungen leichter verfügbar werden, die Verschwiegenheit zunehmend unrealistisch wird und hinter aktuellen Auffassungen von Rechten und Selbstbestimmung der Patienten hinterher hinkt. Siehe Wilson & Reiner, *siehe Fußnote 62*, S. 364; siehe auch Diamond, Pediatric Management, *siehe Fußnote 87*, S. 1026 („Eltern und Klinikärzte haben oft Aspekte von Operation und Behandlung vor dem Kind verheimlicht und heranwachsende Kinder von medizinischen Behandlungsentscheidungen ausgeschlossen... Erwachsene, die in ihrer Kindheit nach diesen Verfahren behandelt wurden, erscheinen nun bei Kliniken, die für ihre Geschichte ignorant sind.“); Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 27, 30-32 („Klinikärzte, die Intersexualität behandeln, sorgen sich, daß jegliche Verwirrung über die sexuelle Identität des Kindes auf Seiten der Verwandten dem Kind mitgeteilt werden könnte, und zu enormen psychologischen Problemen führen könnte, einschließlich möglicher „dysphorischer“ * Zustände in der Jugend und im Erwachsenenalter.“); Groveman, *siehe Fußnote 84*, S. 357 (kommentiert, daß, als die Eltern die Diagnose AIS erfuhren und man ihnen von Chirurgie im Kleinkindalter erzählte, „die einzige Anweisung, die meine Eltern erhielten... eine der ‚Schadensbegrenzung‘ war, dahingehend berechnet, ein festes Bild, daß ich ihre Tochter war, zu bestätigen, in demselben Atemzug, in dem die Ärzte ihnen einschärften, daß sie meine wahre Diagnose niemandem mitteilten, am allerwenigsten mir selbst.“). Money ist der Ansicht, daß eine gezeigte Ambivalenz bzgl. des angeglichene Geschlechts für den Erfolg fatal ist. Siehe MONEY, SEX ERRORS 1994, *siehe Fußnote 17*, S. 66 („Wenn eine Änderung durchzuführen ist [in der Eintragung des Geschlechts], dann sollte es nur einmal und auf ewig getan werden, ohne Verzögerung oder Wankelmut.“); MONEY, SEX POLICE, *siehe Fußnote 30*, S. 319 (erhebt den Effekt „des Erfahrens der eigenen kleinkindlichen medizinischen Geschichte von Kindern erwachsener Mitglieder der Gerüchteküche des Ortes“ zu einer möglichen Erklärung für das Scheitern des J/J-Falls). Money's Vorstellung von einem Erfolg ist grundsätzlich daran gemessen, ob die geschlechtlich angegliche Person den auferlegten Wechsel des sozialen Geschlechts akzeptiert, ohne ihn in Frage zu stellen. Money, Man & Woman, *siehe Fußnote 12*, S. 153, 178-179. Man könnte mit Recht behaupten, daß ein bedeutenderer Maßstab des Erfolgs ist, ob der Mensch selbst jene Entscheidung bzgl. des sozialen Geschlechts getroffen hätte, wenn man ihm/ihr alle Tatsachen dargelegt hätte, oder gewählt hätte, das angeborene Geschlecht beizubehalten. Money erkannte an, daß die Verschwiegenheit in der Praxis problematisch war und befürwortete daher schließlich die Informierung.

„Das Zurückhalten von Informationen extrem traumatisch sein, da der Patient bald erkennen wird, daß ihm Dinge vorenthalten werden, und Zuflucht nehmen wird zu schlußfolgernden Mutmaßungen.... Als sie heranwachsen, konfrontierten mich einige von diesen [hermaphroditischen] Patienten mit dem Unsinn dieser Verfahrensweise, da sie die ganze Zeit über gewußt hatten, daß sie unaufrichtig behandelt worden waren. In der Mehrheit der Fälle wußten sie auch genau, welche Informationen ihnen vorenthalten worden waren...“
JOHN MONEY, Birth defect of the Sex Organs: Telling the Parents and the Patient, 10 BRITISH JOURNAL OF SEXUAL MEDICINE, 14, 14 (1983) [nachfolgend Money, Birth Defect].

**Anmerkung der Übersetzer: „Dysphorisch“ bedeutet bedrückte und leicht reizbare Stimmung sowie pessimistische Weltsicht, oft als Folge entweder organischer Hirnstörungen oder sehr negativer Erlebnisse; in der amerikanischen Psychiatrie auch für allgemeine Unzufriedenheit mit dem Leben und sich selbst, Unglücklichsein oder mangelndes Selbstbewußtsein gebraucht*

²⁴⁰ In einem preisgekrönten Essay fordert Natarajan die Ärzte auf, den männlichen Status von Frauen mit Androgen-Insensitivität geheim zu halten. Sie macht geltend, daß das Wissen psychologisch zu schädigend für sie wäre, und rechtfertigt so die Ethik der Täuschung. Siehe Natarajan, *siehe Fußnote 237*, S. 570. AIS-Frauen selbst bringen auf der anderen Seite einen Wunsch zum Ausdruck, die Wahrheit über ihre Lage zu wissen. Siehe Anonymous, Letter to editor, 154 CANADIAN MEDICAL ASS'N J., S. 1829, 1832 (1996); Sherri A. Groveman, Letter to the Editor, 154 CANADIAN MEDICAL ASS'N J., S. 1829, 1832 (1996); B. Diane Kemp, Letter to the Editor, 154 CANADIAN MEDICAL ASS'N J., S. 1829, 1829 (1996). Die gegenwärtige Forschung des Mit-Autors Milton Diamond mit 50 Personen mit AIS unterstützt die Auffassung, daß die Patienten ihre gesamte Geschichte kennen wollen.

²⁴¹ Siehe Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 27-30. Außerdem können Patienten, wenn sie keine vollständigen Informationen über ihre Geburt erhalten, manchmal die geschlechtsbezogenen Risiken ihres früheren körperlichen Geschlechts, von denen sie weiterhin betroffen sind, nicht richtig einschätzen. Siehe Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 31-32.

²⁴² Cowley, *siehe Fußnote 74*, S. 66 (zitiert Dr. Antonne Koury, Leiter der Kinderurologie im Toronto's Hospital for Sick Children).

²⁴³ Siehe Sherman Elias & George Annas, Commentary, *The Whole Truth and Nothing But the Truth*, HASTINGS CENTER REPORT, Okt./Nov. 1988, S.35, 35-36; Brendan P. Minogue & Robert Taraszewski, Commentary, *The Whole Truth and Nothing But the Truth?* HASTINGS CENTER REPORT S. 34 (Okt./Nov. 1988)

²⁴⁴ Case Studies: *The Whole Truth and Nothing But the Truth?*, HASTINGS CENTER REPORT S. 34 (Okt./Nov. 1988), S. 34. Die gegenwärtige Sensibilisierung für die Auswirkung, die es auf die Patientin hat, die Kondition „testikuläre Feminisierung“ zu nennen, hat zur Umbenennung der Kondition in „Androgen-Insensitivitätssyndrom“ (AIS) geführt. Das Körpergewebe der Person kann nicht auf die Androgene antworten, die für die typische Vermännlichung benötigt werden.

²⁴⁵ Minogue & Taraszewski, *siehe Fußnote 243*, S. 34.

²⁴⁶ Minogue & Taraszewski, *siehe Fußnote 243*, S. 34.

²⁴⁷ Minogue & Taraszewski, *siehe Fußnote 243*, S. 34.

²⁴⁸ Vergleiche Minogue & Taraszewski, *siehe Fußnote 243*, S. 34-35 (erkennen die Bedenken der Ärzte bzgl. der Informierung an).

²⁴⁹ Minogue & Taraszewski, *siehe Fußnote 243*, S. 35. Die Autoren legen nahe, daß die Information nicht „relevant“ sei, da nichts getan werden könne, und daß alle „alle unmittelbaren Probleme angesprochen werden können, ohne ihr die Information über ihre genetische Abweichung zu offenbaren.“ Minogue & Taraszewski, *siehe Fußnote 243*, S. 34. Eine andere Position ist voran gebracht worden, die nahe legt, daß eher eine vollständige Informierung als die Täuschung sowohl der Eltern, als auch des Kindes, vorzuziehen sein kann. Siehe Elias & Annas, *siehe Fußnote 243*, S. 35-36.

²⁵⁰ Minogue & Taraszewski, *siehe Fußnote 243*, S. 35.

²⁵¹ Ein Arzt trägt die Beweislast, daß das therapeutische Privileg gegenüber der Pflicht, zu informieren, vorgeht, und erst danach „hat der Patient die ultimative Beweislast der Nichtexistenz der Ausnahme.“ *Bernard v. Char*, 903 P.2d 676, 684 (Haw. App. 1995), bestätigt und klargestellt an anderen Themen, 903 P.2d 667 (1995).

²⁵² *Canterbury vs. Spence*, 464 F.2d 772, 789 (1972) (Fußnoten ausgelassen). Siehe auch McNichols, *siehe Fußnote 163*, S. 728 (stimmt der engen Auslegung des von Canterbury geschaffenen therapeutischen Privilegs zu).

²⁵³ Der J/J-Fall, Mitteilungen ehemaliger Patienten, und die Diskussionen der ISNA haben ein ein-drucksvolles gemeinsames Thema, daß Informationen, selbst im Erwachsenenalter, verzweifelt gesucht wurden, aber schwierig zu erlangen waren. Siehe Kipnis & Diamond, *Pediatric Ethics*, *siehe Fußnote 163*, S.406-407. Diese Berichte legen eine Abweichung von der sogenannten allgemeinen Sichtweise nahe:

Ein Arzt hat als Vertrauensperson eine Pflicht, den/die Patient(in) zu informieren über Ungewöhnlichkeiten an seinem/ihrer Körper. Die Grundlage dieser Pflicht ist, daß der/die Patient(in) ein Recht hat, die wesentlichen Fakten über die Beschaffenheit seines/ihrer Körpers zu kennen, und jegliche durch diese Lage vorhandenen Risiken, sodaß eine informierte Entscheidung getroffen werden kann im Hinblick auf die Richtung, die die medizinische Behandlung des/der Patient(in) nehmen wird. Das Recht des Patienten/der Patientin, bescheid zu wissen, ist nicht begrenzt auf die Wahl der Behandlung, erst wenn eine Erkrankung vorliegt oder schlüssig diagnostiziert worden ist. Wichtige Entscheidungen müssen häufig getroffen werden in vielen Situationen außerhalb der Behandlung, in denen medizinische Hilfe gegeben wird, einschließlich der Verfahren, die zur Diagnose führen... Diese Entscheidungen müssen alle getroffen werden mit dem vollen Wissen und der vollen Teilhabe des Patienten... Die Existenz einer ungewöhnlichen Beschaffenheit des eigenen Körpers, das Vorliegen eines hohen Krankheitsrisikos,... sind alles Tatsachen, die ein Patient wissen muß, um eine informierte Entscheidung zu treffen über die Richtung, die die zukünftige medizinische Behandlung nehmen wird.

Gates v. Jensen, 595 P.2d 919, 922-923 (Wash. 1979) (einstimmiger Beschluß)(Zitate ausgelassen).

²⁵⁴ Siehe Preves, *siehe Fußnote 218*, S. 414.

²⁵¹ Die Erfahrung von Cheryl Chase, Direktorin der Intersex Society of North America, ist lehrreich: Im Alter von 35 hatte Chase einen Nervenzusammenbruch. Obwohl sie [mit Schwierigkeiten] in den frühen 20er Jahren ihres Lebens in der Lage gewesen war, Zugriff zu bekommen auf ihre medizinischen Aufzeichnungen,... hatten die Jahre des Schweigens, der unerklärten Operationen, und die sexuelle Funktionsstörung, die hervorgerufen worden war durch die Entfernung ihrer Klitoris, ein gewaltiges Opfer von ihr gefordert. „Bis ich 35 war, war ich beschämt und in Furcht, daß ich anders war als Frau. Wie viele PatientInnen, von denen man annahm, daß sie glücklich und erfolgreich seien, war ich zum Schweigen gebracht.“ Yronwode, *siehe Fußnote 85*, S. 1. Money sprach sich 1983 gegen die Verschwiegenheit aus: „Ich lernte meine Lektion auf eine harte Art, vor allem in den Fällen, in denen die Eltern die Übermittlung jeglicher diagnostischer Beschreibungen und klinischer Informationen gegenüber dem Kind verbieten. Als sie aufwuchsen, konfrontierten mich einige dieser Patienten mit dem Unsinn dieser Verfahrensweise, denn sie hatte die ganze Zeit lang gewußt, daß man sie unaufrichtig behandelt hatte.“ Money, *Birth Defect, siehe Fußnote 239*, S. 14.

²⁵⁶ Siehe Kipnis & Diamond, *Pediatric Ethics, siehe Fußnote 11*, S. 407; Diamond, *Pediatric Management, siehe Fußnote 87*, S. 1026.

²⁵⁷ Siehe Diamond & Sigmundson, *Management of Intersexuality, siehe Fußnote 11*, S. 1048. Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 31-32; Elias & Annas, *siehe Fußnote 243*, S. 35-36; Kipnis & Diamond, *Pediatric Ethics, siehe Fußnote 11*, S. 407; Preves, *siehe Fußnote 218*, S. 417-418.

²⁵⁸ Die Grundannahme, daß die Chirurgie erfolgreich sei, war so tief verwurzelt, daß 1998 ein Krankenpflegemagazin die Ablehnung einer Einwilligung zur Geschlechtsangleichung als Vernachlässigung des Kindes beschrieb. Siehe Rossiter & Diehl, *siehe Fußnote 12*, S. 61. Jedoch stellte als Antwort ein Kommentar von Anita Catlin fest, daß der Erfolg der Chirurgie an Intersexuellen so ungewiß sei, daß man sich nicht über diese hinwegsetzen sollte. Anita J. Catlin, *Ethical Commentary on Gender Reassignment: A Complex and Provocative Modern Issue*, 24 *J. Gynecological & Neonatal Nursing* 63 (1998).

²⁵⁹ Siehe FURROW, *siehe Fußnote 52*, S. 386-387 (kommentiert: „Gerichte scheinen willens zu sein, klinische Innovationen zu tolerieren, solange ein Patient angemessen informiert wird über den innovativen und ungeprüften Charakter des Verfahrens“).

²⁶⁰ Siehe Diamond & Sigmundson, *Management of Intersexuality, siehe Fußnote 11*, S. 1046.

²⁶¹ Siehe Kipnis & Diamond, *Pediatric Ethics, siehe Fußnote 11*, S. 406 ("Es ist den Eltern eines Patienten nicht möglich, eine informierte Einwilligung zu diesen Verfahren zu geben, gerade, weil der medizinische Berufsstand nicht systematisch eingeschätzt hat, was mit den Erwachsenen geschieht, die diese kleinkindlichen Patienten einmal werden.“).

²⁶² Siehe Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 32. Diamond, *Pediatric Management, siehe Fußnote 87*, S. 1026.

²⁶³ MONEY, *SEX ERRORS* 1994, *siehe Fußnote 17*, S. 67 (Diese Aussage wird ausdrücklich betont.)

²⁶⁴ MONEY, *SEX ERRORS* 1994, *siehe Fußnote 17*, S. 54 (Diese Aussage wird ausdrücklich betont.)

²⁶⁵ In der Tat stellte die American Academy of Pediatrics in ihren 1996er Empfehlungen zum Zeitpunkt der genitalen Chirurgie an Jungen fest, daß „das Bild einer Person vom eigenen Körper stark von der Sozialisation abhängt“, und bezog sich ausschließlich auf Arbeiten von John Money, die 10 Jahre alt und älter waren. *Timing of Elective Surgery, siehe Fußnote 12*, S. 590.

²⁶⁶ Es gibt keinen Zweifel, daß Ärzte Behandlungen wählen, die auf sozialen oder persönlichen Werturteilen beruhen; man schaue sich das folgende Zitat bezüglich der klitoralen Chirurgie an, welches das äußere Erscheinungsbild bevorzugt: Die Klitoris ist nicht wesentlich für eine angemessene sexuelle Funktion und sexuelle Befriedigung... Aber ihre Bewahrung wäre als wünschenswert anzusehen, wenn sie erreicht wird unter Aufrechterhaltung einer zufriedenstellenden Erscheinung und Funktion... Dennoch hat die Klitoris ganz klar einen Bezug zur erotischen Stimulation und sexuellen Befriedigung, und ihre Anwesenheit ist wünschenswert, selbst bei PatientInnen mit intersexuellen Abweichungen, wenn diese Anwesenheit nicht die kosmetische, psychologische, soziale und sexuelle Anpassung beeinträchtigt. KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 37 (zitiert Judson Randolph & Wellington Hung, *Reduction Clitoroplasty in Females with Hypertrophied Clitoris*, 5 *J. PEDIATRIC SURGERY* S. 224, 230 (1970)).

²⁶⁷ Wilson und Reiner kommentieren:

Das Recht eines Menschen, zu bestimmen, was mit seinem oder ihrem Körper geschieht, wird zunehmend geltend gemacht. Patienten und ihre Familien verlangen ein Mitspracherecht zum Thema der Geschlechtsangleichungen und der Behandlungen. Schließlich sind das Geschlecht, in dem ein Kind erzogen wird, und seine Geschlechtsidentität von grundlegender Bedeutung für die lebenslängliche Entwicklung und Anpassung jenes Kindes. Obwohl die Eltern ihre Einwilligung zur Operation geben mögen, gibt es eine wachsende Bewegung dahin, die Zustimmung des Kindes zu den Verfahren zu erlangen, vor allem zu denen, die, wie die meisten die Genitalien „rekonstruierenden“ Verfahren, von einem medizinischen Standpunkt aus gewählt werden. Dies bedeutet, die Operation zu verschieben, bis man die Bestimmung des eigenen sozialen Geschlechts durch die betroffene Person in Betracht ziehen kann.

Wilson & Reiner, *siehe Fußnote 62*, S. 364; siehe auch Schober, *siehe Fußnote 95*, S. 394 ("Für die besten Langzeitergebnisse müssen wir jene chirurgischen Behandlungsmethoden mit in Betracht ziehen, die Intersexualität nicht ‚heilen‘, und daß solch ein Verfahren wie eine Vaginoplastik sich wegen der Einwilligung an den Patienten wenden und nach seinen Bedürfnissen und Wünschen fragen sollte, und nicht nach der Bequemlichkeit der Eltern und der Gesellschaft.“).

²⁶⁸ Laurence McCullough, "The Ethics of Gender Reassignment," vorgestellt auf der 1999er Pediatric Gender Reassignment - Konferenz: A Critical Reappraisal, Dallas, Texas (30. April 1999). Siehe auch Dena S. Davis, Genetic Dilemmas and the Child's Right to an Open Future, 28 RUTGERS L.J. S. 549, 575-81 (1997) (stellt fest und begrüßt den Trend gegen die Durchführung von Gentests zur Vorhersage spät auftretender Krankheiten, und vertritt die Ansicht, daß Eltern, die sich für den Test entscheiden, „das Recht und die Möglichkeit des Kindes, jene Entscheidung im Erwachsenenalter selbst zu treffen, ausschließen“).

²⁶⁹ In einem von Nußbaum beschriebenen Fall aus 1998 willigten die Eltern schließlich in die Operation ein, obwohl sie von der Möglichkeit wußten, daß das Kind das angegliche Geschlecht zurückweisen könnte. Sie sahen die mögliche soziale Zurückweisung eines uneindeutigen sozialen Geschlechts als zerstörerischer an als die Möglichkeit, daß das angegliche Geschlecht schließlich abgelehnt würde, oder daß das Kind eine verringerte sexuelle Empfindsamkeit haben könnte:

„Als Eltern sind wir oft gezwungen, für unsere Kinder Entscheidungen zu treffen, die hart sind. Und dies ist, soweit es mich betrifft, eine von ihnen.“ Wenn Emma trauern sollte, so sagte Vicky [die Mutter], werde sie die Schuld der Familie anstatt sich selbst geben können. Aber Vicky's schlimmster Alptraum war, daß Emma aufwächst und sich als Mann identifizieren könnte. In jenem Fall wäre es zu spät.

Nußbaum, *siehe Fußnote 12*, S. 97.

²⁷⁰ Siehe Fußnote 95.

²⁷¹ KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 74; Diamond, *Pediatric Management*, *siehe Fußnote 87*, S. 1025- 1026; Diamond & Sigmundson, *Management of Intersexuality*, *siehe Fußnote 11*, S. 1047; Kipnis & Diamond, *Pediatric Ethics*, *siehe Fußnote 11*, S. 405-406; Reiner, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 82*, S. 1044. Kipnis und Diamond empfehlen auch einen Aufschub, der in Kraft bleiben soll, bis der positive Wert der Operationen durch eine angemessene Langzeitstudie dokumentiert ist. Kipnis & Diamond, *siehe Fußnote 11*. Andere bleiben überzeugt, daß kosmetische kitorale Chirurgie angemessen sei. Siehe Meyer-Bahlburg, *siehe Fußnote 109*, S.15 und Glassberg, *siehe Fußnote 85*, S. 152-153 (beide verteidigen die kosmetische Chirurgie). Während Glassberg der Auffassung ist, daß die Chirurgie an uneindeutigen Genitalien fortgesetzt werden sollte (siehe S. 1309), ist er auch offen für einen Wandel:

„...Wir müssen von den Patienten lernen, die darüber verärgert sind, wie sie behandelt wurden, und von denen, die zufrieden sind. Wenn Daten zur Verfügung stehen werden, die belegen, daß eine gegebene Herangehensweise geändert werden sollte, sollten wir dies umgehend tun. Heute sollten wir mit gültigen, unwidersprochenen Langzeitdaten und genetischen, pharmakologischen und chirurgischen Werkzeugen in der Lage sein, ein zufriedenstellendes Ergebnis für fast alle mit diesem möglicherweise verheerenden Problem geborenen Kinder herzustellen.“

Glassberg, *siehe Fußnote 85*, S. 1309.

²⁷² Siehe Diamond & Sigmundson, *Sex Reassignment*, *siehe Fußnote 11*, S. 303; siehe auch Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 30, 33-34; siehe allgemein Preves, *siehe Fußnote 218*.

²⁷³ Siehe z. B. Preves, *siehe Fußnote 218*, S. 415 (berichtet von der Angst vor Krebs als ein Resultat unvollständiger medizinischer Geschichte von Patienten); Groveman, *siehe Fußnote 84*, S. 357-58.

²⁷⁴ Siehe ISNA, Frequently Asked Questions: Hormone Replacement Therapy and Osteoporosis, (besucht am 15. Juli 1999) <<http://www.isna.org/faq/htm>> (warnt, daß Personen, denen ihre Gonaden entfernt wurden, ein außerordentlich hohes Osteoporose-Risiko haben).

²⁷⁵ Siehe Morgan Holmes, Is growing up in silence better than growing up different? 2 CHRYSLIS: THE JOURNAL OF TRANSGRESSIVE GENDER IDENTITIES S. 7-9 (1997/1998) (beschreibt geistige Verwirrung und Entwicklung von Selbstmordideen); siehe z. B. Cowley, *siehe Fußnote 74*, S. 66 (erörtert den Fall von Cheryl Chase: „Es wurden ihr nicht nur in der Kindheit Informationen verweigert, sondern sie wurde auch von Ärzten belogen, als sie später versuchte, ihre medizinischen Aufzeichnungen zu bekommen“); Colapinto, *siehe Fußnote 11*, S. 95 (erzählt von Fällen des Verschweigens und von daraus resultierender Pein und Leid).

²⁷⁶ Siehe allgemein Diamond, Pediatric Management, *siehe Fußnote 87*, S.1026 (empfiehlt, daß Ärzte „Wege finden, sich diesen Erwachsenen gegenüber zu bekennen, und beginnen sie zu informieren über ihre medizinischen Geschichten, die man ihnen vorenthalten hatte“); Kipnis & Diamond, Pediatric Ethics, *siehe Fußnote 11*, S. 406-407 (ebenso).

²⁷⁷ Siehe z. B. Blaz v. Galen Hospital Illinois, Inc., 982 F. Supp. 556 (N.D. Ill. 1997) (bemerkt, daß dort, wo es eine weitergehende Pflicht gibt, der Grund der Klage nicht zu Ansprüchen führt, bis der Beklagte „genug Fakten bekommen hat, um zu verstehen, daß seine Behandlung den Kläger Risiken ausgesetzt hatte“); Mink v. University of Chicago, 460 F. Supp. 713, 720 (N.D. Ill. 1978) (zitiert Canterbury v. Spence, 464 F.2d 772 (D.C. App. 1972)) (erkennt die weitergehenden Pflichten an, Frauen über Krebsrisiken in Zusammenhang mit der Behandlung mit DES, die nach der Behandlung entdeckt werden, in Kenntnis zu setzen); Schwartz v. United States, 230 F. Supp. 536, 541 (E.D. Pa. 1964) (vertritt die Auffassung, daß das Veteranen-Krankenhaus die Pflicht hat, den Patienten über neu entdeckte Risiken in Verbindung mit einer früheren Behandlung zu informieren); Tresemer v. Barke, 150 Cal. Rptr. 384, 394 (Cal. App. 1978) (vertritt die Ansicht, daß der Arzt die weitergehende Pflicht hatte, vor später entdeckten Risiken in Zusammenhang mit Dalkon Shield zu warnen, und daß die Verjährungsvorschrift nicht anwendbar war); Reyes v. Anka Research Ltd., 443 N.Y.S.2d 595, 597 (Sup. Ct. 1981) (bemerkt, daß der Grund der Klage, das Versäumen der Inkenntnissetzung der Patientin über einen Rückruf eines Intrauterinpassars (IUD, Spirale zur Verhütung) sich fortsetzte bis zur Zeit der logischerweise erfolgenden Entdeckung). Aber siehe auch Schendt v. Dewey, 520 N.W.2d 541, 548 (Neb. 1994) (vertritt die Auffassung, daß es nach Beendigung der Geschäftsbeziehung zwischen Arzt und Patient keine Pflicht gibt, vor Krebsrisiken durch Strahlung zu warnen.). Siehe allgemein Lori B. Andrews, Torts and the Double Helix: Malpractice Liability for Failure to Warn of Genetic Risks, 29 HOUS. L. REV. S. 149, 169 (1992) (erörtert die weitergehenden Pflichten, zu warnen, wo ein Gentest später andere noch unbekannte Verbindungen mit Krankheiten und möglichen Erbkrankheiten aufdeckt); Andrea G. Nadel, Annotation, Duty of Medical Practitioner to Warn Patient of Subsequently Discovered Danger From Treatment Previously Given, 12 A.L.R.4th 41 (1981 & 1997 Supp.).

²⁷⁸ Er erklärte: „Die Schlußfolgerung war, daß die Ärzte zur Zeit meiner Geburt das beste taten, was sie zu tun wußten.“ Interview ohne Namensangabe aufgenommen am 16. März 1999.

²⁷⁹ Einer der beiden oben erwähnten jungen Männer, der im Alter von zwei Monaten geschlechtlich angeglichen worden war wegen eines Mikropenis, erfuhr von seinen chirurgischen Behandlungen während einer Familientherapie in seinen Teenagerjahren. Dies markierte einen Wendepunkt im Verhältnis zu seinen Eltern, die ihn von da an unterstützten in seiner Entscheidung, als junger Mann zu leben. Er steht ihnen weiterhin nahe. Er berichtet, daß er lange Zeit das Gefühl hatte: „Wie konntet ihr mir das antun?... Wenn sie gewußt hätten, daß ich als ein Junge geboren worden war, hätten sie mich nicht als ein Mädchen erzogen.“ Er berichtete auch, daß er niemals das Gefühl hatte, ein Mädchen zu sein: „Als ich zehn war, fragte ich meine Mutter, ob Gott Fehler macht.“ „Meine Mutter wurde ebenso im Dunkeln gelassen wie ich [über meine Kondition].“ Die Ärzte teilten seinen Eltern mit, seine Hoden wären krebsbefallen (obwohl sie es nicht waren). Seine Eltern waren sich zu jener Zeit nicht im klaren darüber, daß er als ein Junge geboren worden war, obwohl er später erfuhr, daß Gentests zu jener Zeit aufzeigten, daß er einen normalen 46 XY Karyotyp, einen Mikropenis und normale Hoden hatte. Interview ohne Namensangabe aufgenommen am 30. Mai 1999.

Der andere erfuhr von seiner medizinischen Geschichte, indem er seinen Ärzten gegenüber trat. Er ist von seinen Eltern nun entfremdet. Interview ohne Namensangabe aufgenommen am 25. Oktober 1999.

²⁸⁰ Aber siehe Nußbaum, *siehe Fußnote 12*, S. 94-97 (beschreibt die Entscheidung der Eltern, in die Chirurgie einzuwilligen, die von Ärzten empfohlen wurde, selbst nachdem sie Mitglieder der ISNA getroffen und von den Risiken der Ablehnung des angeglichenen Geschlechts, des möglichen Verlusts an sexueller Sensitivität und des Wiedersehens mit unzufriedenen ehemaligen Patienten, anstatt zufriedenen, erfahren hatten).

²⁸¹ Siehe KESSLER, *siehe Fußnote 12*, S. 75-76; Catlin, *siehe Fußnote 258*, S. 65; Diamond & Sigmundson, Management of Intersexuality, *siehe Fußnote 11*, S. 1047; Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 34; Kipnis & Diamond, Pediatric Ethics, *siehe Fußnote 11*, S. 405-407. Unglücklicherweise, so stellt Dreger fest, wurden die Ethiker in diese Debatte in der Geschichte nicht einbezogen. Siehe Dreger, *siehe Fußnote 12*, S. 26 (bemerkt die bis heute spärliche Aufmerksamkeit für ethische Themen). Die Zeiten ändern sich, wie sich zeigte durch die Widmung einer ganzen Ausgabe zu diesem Thema im Journal of Clinical Ethics in 1998.

²⁸² Milton Diamond, Self-Testing: A Check on Sexual Identity and Other Levels of Sexuality, in Gender Blending, *siehe Fußnote 106*, S. 122.

Anmerkungen der Übersetzer

Dieser Text wurde übersetzt von Sarah Luzia Hassel und Volker Reusing. Es handelt sich um eine vom Autor Prof. Dr. Milton Diamond genehmigte Übersetzung, nicht aber um eine autorisierte Übersetzung. In rechtlichen oder medizinischen Zweifelsfragen bitten wir, den Originaltext hinzuzuziehen.

Deutsche von Prof. Dr. Diamond genehmigte Übersetzung :

© Copyright für die deutsche Übersetzung Sarah Luzia Hassel und Volker Reusing

Intersexualität

Die alltägliche Folter in Deutschland

Ein Forschungsbericht

Humboldt-Universität zu Berlin
Philosophische Fakultät III
Zentrum für transdisziplinäre Geschlechterstudien
Forschungsbericht zum Hauptseminar 53 898
Zur Neuerfindung von Geschlecht in Biologie und Medizin
(Naturwissenschaftsforschung)
Dozentin: Bärbel Mauss
Sommersemester 2004

Vorgelegt von:

Heidi Diewald
e-mail: heidiedi@yahoo.de

Andreas Hechler
e-mail: hechler@jpberlin.de

Fabian Kröger
e-mail: jfkroeger@web.de

„Unser verstümmeltes Geschlecht ist ein medizinisches Konstrukt, also Theorie. So schob man uns von einem Nichts in das andere Nichts: Unser Geschlecht, wie es uns angeboren wurde, hat keine gesellschaftliche Existenz. ... Nun ist fraglich, welche psychischen Auswirkungen sich bei intersexuell Diagnostizierten, jedoch nicht Operierten, konstatieren lassen ... Vermutlich wären wir AUCH durch alle Kategorien durchgefallen. Aber mit Sicherheit hätten wir etwas EIGENES entwickeln können, hätten z. B. unser sexuelles Potential entdeckt und unseren Körper kennengelernt“

- Michel Reiter²¹

²¹ Heldmann, Anja, Jenseits von Frau und Mann, Intersexualität als Negation der Zweigeschlechtlichkeit, in: Differenz und Geschlecht: neue Ansätze in der ethnologischen Forschung, Berlin, 1998, S. 61.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	S. 5
2.	Zum Begriff der Intersexualität	S. 7
3.	Wie wurde historisch mit Hermaphroditen umgegangen?	S. 9
3.1	Die drei Phasen des Umgangs mit Hermaphroditen	S. 9
3.2.	Michel Foucault und der Fall Herculine	S. 9
4.	Das Geschlechterbild der modernen Medizin	S. 13
4.1.	Wie legitimiert die Medizin Operationen an Intersexuellen?	S. 13
4.1.1.	Medizinische Quelle 1 (Schweiger)	S. 13
4.1.2.	Medizinische Quelle 2 (Pelz, Dittmann)	S. 15
4.1.3.	Medizinische Quelle 3 (Leitsch)	S. 18
4.2.	Intersexualität in Schulbüchern	S. 20
4.3.	Zum Verhältnis von sex und gender bei Intersexualität	S. 22
4.4.	Die medizinische Zurichtung zu heterosexuellem Begehren	S. 23
4.5.	Die medizinische Herstellung der Zweigeschlechtlichkeit	S. 25
4.6.	Der Arzt als Überwacher der Geschlechterordnung	S. 28
5.	Der westliche Diskurs über Genitalverstümmelung	S. 31
5.1.	Von rassistischem Sprechen und Schweigen	S. 31
5.2	Verweiblichung oder Vermännlichung?	S. 33
6.	Zur doppeldeutigen „Konstruierbarkeit“ des Geschlechts	S. 35
6.1.	Ausblick in die Vielgeschlechtlichkeit jenseits fester Identitäten	S. 39
7.	Politisch-strategischer Teil	S. 41
7.1.	Zur Instrumentalisierung von Intersexuellen	S. 41
7.2.	Diskussion um den Opferbegriff	S. 41
7.3.	Zur Differenz zwischen Homo- / Transsexuellen und Intersexuellen	S. 42
7.3.1.	Konzept des Dritten Geschlechts führt zu Pathologisierung	S. 43
8.	Politische Forderungen	S. 45
9.	Resumee	S. 47
10.	Bibliographie	S. 50

1. Einleitung

Die folgende Gemeinschaftsarbeit dokumentiert unseren ein Semester lang laufenden Forschungsprozess zum Thema Intersexualität. Da es sich hierbei um einen Forschungsbericht und nicht um eine herkömmliche Hausarbeit handelt, widmen wir uns in diesem Text verschiedenen Fragekomplexen, die unsere Diskussion bestimmt haben. Wenn sich deshalb einige Argumente in verschiedenen Passagen des Textes wiederholen sollten, trägt dies dem Umstand Rechnung, dass dieser Forschungsbericht von drei Personen gemeinsam verfasst wurde.

Der hegemoniale biomedizinische Diskurs beruht auf dem „Imperativ der Zweigeschlechtlichkeit“: Von der biologischen Reproduktion aus gedacht gibt es genau zwei Geschlechter, die sich heterosexuell fortpflanzen. Am Rande dieses Diskurses treten jedoch Widersprüchlichkeiten auf, wie beispielsweise bei Geschlechtsbestimmungen. Der medizinische Umgang mit Intersexualität zeigt auf, wie die angesprochenen Uneindeutigkeiten über Pathologisierungen in das System der Zweigeschlechtlichkeit reintegriert werden und als das Außen des Normalitätsdiskurses konstruiert werden. Diesem Geschlechterbild der modernen Medizin ist die folgende Arbeit gewidmet.

Im ersten Teil befassen wir uns mit dem Begriff `Intersexualität`, seiner Herkunft und seinen Beschränkungen und fragen nach den Selbstdefinitionen der Betroffenen. Anschließend widmen wir uns der Frage, wie mit Hermaphroditen historisch umgegangen wurde bzw. welche Entscheidungsmöglichkeiten sie hatten und führen dies am Beispiel von Herculine Barbin und der Theorie Michel Foucaults exemplarisch aus. Im Folgenden wenden wir uns dem Geschlechterbild der modernen Medizin zu und befragen drei medizinische Quellen danach, warum Intersexuelle geschlechtlich eindeutig gemacht werden. Warum wird operiert und wie legitimiert die Medizin einen sozial kategorisierenden operativen Eingriff? Anhand von vier Schulbüchern zeigen wir im Anschluss daran, wie diese medizinische Geschlechterideologie populärwissenschaftlich vermittelt wird. Nach diesem Quellenstudium untersuchen wir, wie das herrschende Verhältnis von sex und gender durch die bloße Präsenz Intersexueller in Frage gestellt wird. In den folgenden zwei Abschnitten arbeiten wir heraus, wie sich die medizinische Profession als Vollstreckerin von Zwangsheterosexualität und Zweigeschlechtlichkeit profiliert. Dementsprechend befasst sich das folgende Kapitel mit dem Arzt als Überwacher der Geschlechterordnung. Hier kommen wir erneut auf die Frage zu sprechen, weshalb Operationen an Intersexuellen innerhalb des herrschenden Geschlechtermodells unumgänglich sind. Der nächste Abschnitt befasst sich dann mit der Frage, warum Genitalverstümmelungen in afrikanischen Ländern im westlichen Mediendiskurs verurteilt werden, während die Verstümmelung Intersexueller im Westen verschwiegen wird. Einem weiteren Paradoxon spüren wir im nächsten Kapitel nach: Einerseits spricht der postmoderne Feminismus

von der symbolischen `Konstruktion` der Geschlechter, andererseits `konstruieren` Ärzte das materielle Geschlecht bei Intersexuellen. Um die scheinbare Nähe der beiden Positionen zu widerlegen, befragen wir die Texte Judith Butlers. Anschließend wagen wir einen Ausblick in eine vielgeschlechtliche Zukunft. Zum Abschluss berichten wir von unseren Diskussionen um den Begriff des `Opfers` (medizinischer Maßnahmen) und die Instrumentalisierung Intersexueller in Debatten der Gender Studies. Außerdem stellen wir die Unterschiede zwischen der traditionellen Emanzipationsbestrebung Homo-, Bi- und Transsexueller auf der einen Seite und dem Kampf Intersexueller gegen Folter auf der anderen Seite heraus. Zu diesen politisch-strategischen Überlegungen gehört auch die Beschreibung der Pathologisierungsgefahr, die im Konzept des `Dritten Geschlechts` liegt. Dieser Abschnitt mündet dann am Schluss in eine Auflistung politischer Forderungen, denen wir uns anschließen möchten. Nun wünschen wir aber viel Spaß beim Lesen!

2. Zum Begriff der Intersexualität

Das Roche Lexikon Medizin definiert Intersexualität als „Störung der Geschlechtsdifferenzierung mit Widersprüchen in der Ausbildung der allgemeinen äußeren geschlechtlichen Erscheinung (Intersextyp; s. a. Geschlechtsmerkmale), der Keimdrüsen bzw. Geschlechtsorgane (s. a. Gonadendysgenese) sowie des chromosomalen Geschlechts; s. a. Hermaphroditismus, Pseudohermaphroditismus, Feminisierung, Virilisierung; vgl. Transsexualismus.“²² An dieser Definition wird sehr deutlich, dass `Intersexualität` ein medizinisches Kunstwort für verschiedene `Syndrome` ist. In unserer AG-Diskussion stellten wir uns die Frage, welchen Begriff wir bevorzugen: Intersexualität, Hermaphroditismus, Zwitterigkeit? Uns fiel am Begriff Intersexualität auf, dass er mit dem Konzept eines `Dazwischen` eine dennoch gültige Norm voraussetzt, `zwischen` deren Polen etwas seinen Ort hat.²³ Darüber hinaus kommt dieser Begriff aus der Medizin. Weiter fiel uns auf, dass der Begriff `Hermaphrodit` zwar nicht aus der Medizin kommt, jedoch männlich konnotiert ist, während Intersexualität als Begriff geschlechtsneutraler ist. Der Begriff des Zitters wird wiederum eher abwertend mit Assoziation zum Tierreich gebraucht und kommt auch aus der Medizin. Reiter schreibt hierzu, der Begriff `Zwitter` sei schon im 9. Jahrhundert entstanden und bedeute „Lebewesen mit männlichen und weiblichen Geschlechtsmerkmalen“, aber auch „außereheliches Kind“ oder „Bastard“.²⁴

Zentral war für uns an diesem Punkt die Frage, welche Begriffe / Selbstdefinitionen Intersexuelle

²²in: Roche Lexikon Medizin, 4. Auflage; © Urban & Fischer Verlag, München 1984/1987/1993/1999, <http://www.gesundheit.de/roche/ro17500/r18377.html> (Stand: 9. Juli 2004).

²³ Protokoll unserer AG-Sitzung vom 8. Juni 2004.

²⁴ Reiter, Michel, Theoretische Differenz, symbolische Nähe, in: Gigi Nr. 6, März / April 2000, S. 20.

verwenden. Es stellte sich heraus, dass Betroffene den Begriff oftmals selbst verwenden, ihn aber trotzdem sehr kritisch sehen. Reiter schreibt etwa, 'Intersexualität' sei ein Anfang des 20. Jahrhunderts geprägter medizinischer Begriff für „sozialeliminatorische Vorhaben“.²⁵ Andere KritikerInnen heben die traumatische Erfahrung hervor, die als 'intersexuell' bezeichnete Personen eint: So bemängelt Georg Kluda am Begriff der Intersexualität, es sei „geradezu absurd, aus den zahlreichen Geschlechtsuneindeutigkeiten, die von der Medizin als Krankheiten und Missbildungen verunglimpft werden, ein zusammenhängendes Phänomen zu basteln: 'Turner-Syndrom', 'Klinefelter-Syndrom', 'androgenitales Syndrom' sowie 'Androgen-Resistenz-Syndrom' sind nicht miteinander verwandt, sondern haben vollständig andere biologische Hintergründe.“ Das Einzige, was Personen verbinde, die mit dem „Kunstwort Intersexualität“ bezeichnet würden, sei vielmehr die „Erfahrung von Pathologisierung, Verrat der Eltern und körperlicher Verstümmelung.“²⁶

Zum Schluss stellte sich die Frage nach Alternativen zu den unterschiedlichen geschlechtskonstituierenden Begriffen. So sollte eher ein Kontinuum von Geschlechtern angenommen werden, als von nur zwei eindeutigen Geschlechtern ausgegangen werden.²⁷ Als Ausweg wurde die amüsante, aber dennoch ernst gemeinte Bezeichnung „Hurra, es ist ein Hurx!“ für etwas nicht eindeutig zu Bezeichnendes ins Spiel gebracht.²⁸ Der erfundene Name entgeht durch seine vage Aura der Falle, wieder eine klare, ein- und ausschließende Definition zu liefern.

3. Wie wurde historisch mit Hermaphroditen umgegangen?

3.1. Die drei Phasen des Umgangs mit Hermaphroditen

Georg Kluda macht historisch drei Phasen aus, in denen Hermaphroditen mit sehr unterschiedlichen Politiken konfrontiert waren/sind: Bis zum 19. Jahrhundert hätten sich Hermaphroditen bei Volljährigkeit für das eine oder andere Geschlecht entscheiden dürfen, erst danach habe sich der medizinische Apparat formiert und das „authentische Geschlecht“ anhand der Gonaden bestimmt. In der zweiten „Phase der Medikalisierung von Hermaphroditen“ Anfang des 20. Jahrhunderts sei es dann der Diskurs der Degeneration gewesen, der sie als monströs und missgebildet dargestellt habe. Im Rahmen der medizinischen Fotografie seien sie zur Schau gestellt worden. Die dritte Phase setzte in den 50er Jahren ein: Nun wurden hormonelle und chirurgische

²⁵ Reiter, Michel, „Ein normales Leben ermöglichen“, in: Gigi Nr. 8, Juli / August 2000, S. 8 und Reiter, Michel, Medizinische Intervention als Folter, in: Gigi Nr. 9, Oktober / November 2000, S. 15.

²⁶ Kluda, Georg, Fürsorgliche Belagerung, in: Out of Dahlem, Nr. 1, Dezember 2000, S. 42.

²⁷ Protokoll unserer AG-Sitzung vom 8. Juni 2004.

²⁸ Protokoll unserer AG-Sitzung vom 1. Juli 2004.

Interventionen propagiert.²⁹ Auch Reiter betont, dass die chirurgische Korrekturbestrebung noch sehr jung ist: Erst seit ca. 50 Jahren würden Intersexuelle operiert.³⁰

3.2. Michel Foucault und der Fall Herculine

Eine Veröffentlichung des französischen Philosophen Michel Foucault gibt über diese historischen Phasen etwas genauere Auskunft, er teilt die Geschichte allerdings etwas anders ein. Foucault entdeckt 1978 die 1860 veröffentlichten Memoiren des Hermaphroditen Herculine Barbin. Foucault kommentiert den Text und veröffentlicht ihn neu. Hinzu nimmt er medizinische Gutachten und Presseberichte, wodurch er einen Diskurs um das "wahre Geschlecht" nachzeichnet.

Herculine wird bei ihrer/seiner Geburt als Mädchen kategorisiert und dem entsprechend erzogen. Während der Adoleszenz in Klosterschulen muss er/sie die geschlechtliche Differenz gegenüber den anderen Mädchen verschweigen, was einer Tabuisierung gleichkommt. Sie/Er wird sich ihres/seines Anders-Seins langsam bewusst, sucht dies jedoch zu verbergen. Ihre/Seine Umwelt wiederum verbalisiert nicht, was sie eventuell erkennt. Durch ihre/seine Ausbildung zur Lehrerin wird Herculines weibliches Geschlecht in der Bahn einer 'typischen Frauenbiographie' fortgesetzt. In einer späteren Liebesbeziehung zu einer Kollegin an ihrer Schule verstärken sich ihre/seine Identitätsprobleme. Die Unmöglichkeit, sich einer Geschlechtskategorie zuzuordnen und das Verbot der Homosexualität drängen Herculine dazu, ein Geständnis abzulegen. Aus diesem resultiert die Bestimmung einer männlichen Geschlechtsidentität mittels klerikaler und juridischer Institutionen. Der Wechsel der Geschlechtsidentität spitzt sich während ihrer/seiner Arbeit als Eisenbahnarbeiter in Paris zu. Schließlich scheitert Herculine jedoch im eigenen Kampf mit der Identitätsproblematik und nimmt sich das Leben.

Im Essay, den Michel Foucault den Memoiren einleitend voranstellt, fragt er: „Brauchen wir *wirklich* ein wahres Geschlecht?“ und ergänzt: „Mit einer Beharrlichkeit, die an Starrsinn grenzt, haben die Gesellschaften des Abendlandes dies bejaht.“³¹ Im Anschluss an die Frage skizziert er diese abendländischen Diskurse um Geschlecht und zeigt den Wandel auf, dem sie unterliegen:

Im Mittelalter ist es qua Rechtssprechung legitim, zwei Geschlechter zu haben. Der Vater oder Pate bestimmt mit der Namensgebung ein Geschlecht, welches der Hermaphrodit an der Schwelle des Erwachsenenalters gegebenenfalls einmalig wechseln kann. Weitere Wechsel während des Lebens

²⁹ Klauda, Georg, Fürsorgliche Belagerung, in: Out of Dahlem, Nr. 1, Dezember 2000, S. 43.

³⁰ Reiter, Michel, Ein perfektes Verbrechen, in: Gigi Nr. 2, Juni / Juli 1999, S. 16.

³¹ Foucault, Michel, Brauchen wir wirklich ein wahres Geschlecht?, in: Schäffner, Wolfgang, Vogl, Joseph (Hg.), Herculine Barbin. Michel Foucault. Über Hermaphroditismus, Frankfurt am Main 1998. S. 7.

gelten jedoch als Straftaten.

Mit dem 18. Jahrhundert werden den Individuen Entscheidungsmöglichkeiten genommen: Die notwendige Definition des eindeutigen Geschlechts obliegt der biologischen Sexualtheorie / Medizin, Justiz und den Formen administrativer Kontrolle in den modernen Staaten. Geschlechtervermischung gilt als „Verkleidung der Natur“³², und Hermaphroditen werden ‘Pseudohermaphroditen’ genannt. Die Medizin diskutiert diverse Fälle von Hermaphroditen mit dem Ziel, das wahre Geschlecht herauszufinden. Im 19. und 20. Jahrhundert sind die Diskurse des 18. Jahrhunderts in gewandelter Form wirkungsmächtig. Zwar wird eingeräumt, dass ein Geschlecht angenommen werden kann, das nicht dem biologischen entspricht, dagegen implizieren jedoch Psychologie, Psychiatrie, Psychoanalyse und öffentliche Meinung, es müssten „zwischen Geschlecht und Wahrheit komplexe, dunkle und wesentliche Beziehungen bestehen.“³³ Dies führt dazu, dass Abweichungen von den Normen des sexuellen Begehrens und von der Zweigeschlechtlichkeit nicht unbedingt pathologisch oder kriminell, jedoch ein ‘Irrtum’, eine Ausgeburt der Phantasie sind.

Die Geschichte Barbins ist für Foucault von besonderem Interesse aufgrund ihrer zeitlichen Verortung und indem sie sich vielfältigen Identifizierungen entzieht. Alexina Barbins Tagebuchaufzeichnungen zeugen davon, wie ein Individuum im neunzehnten Jahrhundert von Medizin und Justiz hartnäckig zu seinem wahren Geschlecht befragt wurde. Zunächst wurde sie/er als Mädchen erzogen, dann von Medizin und Justiz als ‘wahrer Junge’ erkannt und scheiterte schließlich an dieser neuen Identität. In der Zeit zwischen 1860 und 1870 wurde „die Suche nach der Identität in der Sexualität sehr intensiv betrieben“.³⁴ Vor diesen Identitätsdiskursen ist Alexina hinter den Klostermauern der Mädchenpensionate, in denen sie/er aufwächst, geschützt. Begehren ist dort nicht an sexuelle Identität geknüpft. Erst durch die institutionelle Befragung seitens der Religion, der Medizin und der Justiz, vermittelt durch Männer, wird Herculines/Alexinas sexuelle Identität eindeutig gemacht. Eine besondere Wendung nehmen diese Diskurse mittels der „discretion“³⁵, in deren doppelter Wortbedeutung ihre zweiseitige Wirkungsmacht geborgen liegt (Verschweigen: in den klösterlichen Diskursen – Unterscheiden: in den institutionellen, Identität stiftenden Diskursen).

Bemerkenswert ist für Foucault, dass Herculine in ihren/seinen Memoiren, die sie/er nach Änderung ihres/seines Geschlechtsstatus verfasst, die glückliche Vergangenheit der Nicht-Identität und des Anders-Seins als Trost heraufbeschwört. Trost daher, weil sie/er zwar durch normative

³² ebd. S. 9.

³³ ebd. S. 10.

³⁴ ebd. S. 12.

³⁵ ebd. S. 13.

Verunsicherung nach Eindeutigkeit verlangte, die neue Identität jedoch nicht ihrer/seiner Person entspricht. So wird der Text zum literarischen Dokument der Nicht-Identifizierung. Der deutsche Psychiater Panizza schrieb, basierend auf den in Frankreich wenig rezipierten Memoiren, eine antiklerikale Romansatire. Der Schwerpunkt dieses Buchs liegt auf dem skandalträchtigen der Geschichte, wodurch die Person Herculine nur mehr undeutlich zu erkennen ist: „Panizza wollte aus ihr ein bloßes Schattenwesen ohne Identität und ohne Namen machen, das sich am Ende der Erzählung auflöst, ohne eine Spur zu hinterlassen.“³⁶ Foucault hat diese beiden Texte zusammen mit Arztberichten und Zeitdokumenten zu Herculines Leben herausgegeben: „weil sie zu jenem Ausgang des 19. Jahrhunderts gehören, das so heftig vom Thema des Hermaphroditen heimgesucht wurde – etwa wie das 18. Jahrhundert von dem des Transvestiten.“³⁷

Für uns war dieser Text sehr spannend, da er deutlich macht, wie Hermaphroditismus historisch behandelt wurde. Ab dem 19. Jahrhundert war schließlich eine Vermischung der Geschlechter verboten. Dabei kristallisierte sich für uns die Erkenntnis heraus, dass gesellschaftliche Diskurse auch gewalttätig zum Offenbarungseid zwingen können, ohne dass eine aktive Person, ein Täter verantwortlich sein muss.³⁸

4. Das Geschlechterbild der modernen Medizin

4.1. Wie legitimiert die Medizin Operationen an Intersexuellen?

Medizinische Quelle 1 (Monika Schweiger „Zur Chirurgie der Intersexualität“):

Nachdem nun geklärt wurde, was Intersexualität eigentlich bezeichnet und wie in der Geschichte mit intersexuellen Menschen umgegangen wurde, wenden wir uns der heutigen, medizinischen Praxis zu, die geschlechtlich vereindeutigende Operationen an Intersexuellen vornimmt. Besonders beschäftigt hat uns die Frage, warum Intersexuelle geschlechtlich eindeutig gemacht werden. Warum wird operiert und wie legitimiert die Medizin einen sozial kategorisierenden operativen Eingriff?

Um diesem Punkt näher zu kommen, haben wir die einschlägige medizinische Fachliteratur durchgearbeitet. In der Dissertation von Monika Schweiger finden sich beispielsweise sehr voraussetzungsvolle Annahmen zu der Frage, weshalb Intersexuelle operiert werden müssen.

³⁶ ebd. S. 18.

³⁷ ebd. S. 18

³⁸ Protokoll unserer AG-Sitzung vom 8. Juni 2004.

Zunächst erläutert sie, wie es zur Zugehörigkeit zu einem Geschlecht komme. Sie schreibt, die Sexualentwicklung werde zum einen von festgelegten biologischen Faktoren wie dem chromosomalen, gonadalen und zerebralen Geschlecht beeinflusst. Zum anderen spielten das morphologische Geschlecht, das „nach der Geburt zugewiesene, bürgerliche Geschlecht und biologisch begründete geschlechtsspezifische Erziehungstendenzen“ eine wichtige Rolle.³⁹ Schweiger behauptet: „Das Wechselspiel dieser Kräfte“ bewirke die „Geschlechtsidentifikation des Kindes im Alter von etwa 2-3 Jahren. Die Entwicklung geht später über in die sexuelle Orientierung und Partnerwahl, in die Übernahme der psychosozial bestimmten Geschlechtsrolle bis hin zur Sexualität als Teil des Welt- und Menschenbildes.“ Bis hierhin entspricht ihre Beschreibung den gängigen Erklärungsmustern. Nun kommt aber das ‚Phänomen‘ Intersexualität hinzu. Zur Frage der medizinischen Legitimation von Operationen an intersexuellen Menschen schreibt Schweiger im Anschluss nur kurz: „Eine geschlechtsspezifische Erziehung ist jedoch nur möglich, wenn morphologisches Geschlecht und zugewiesenes Geschlecht übereinstimmen. Ist dies nicht der Fall, werden die Eltern verunsichert und eine psychosozial normale Entwicklung des Kindes ist nicht gewährleistet. Aus diesen Gründen ergibt sich die Notwendigkeit einer möglichst frühzeitigen Geschlechtszuordnung und damit eines frühen Operationstermins. Beides sollte vor dem Beginn des Geschlechtsbewußtseins des Kindes geschehen.“⁴⁰ Diese Art von Präventionsdenken fiel uns immer wieder in den Denkmustern medizinischer Texte auf. Die heutige Gewaltausübung sei notwendig, damit das Kind in Zukunft ‚normal‘ und somit glücklich sein könne. Die Behauptung zukünftig zu habenden Glücks legitimiert durch eine solche Argumentation heutiges Leid.⁴¹ Im Weiteren widmet sich Schweiger verschiedenen Operationstechniken. In diesem Kontext spricht sie erneut sehr genau aus, was das Ziel der Operation ist: „Mit der operativen Korrektur soll die Angleichung an einen normalen weiblichen bzw. männlichen Phänotyp des äußeren Genitales erreicht werden.“⁴² Des Weiteren betont sie die prioritäre Kontrollmacht der Ärzte über die Penetrationsfähigkeit des weiblichen Körpers: „Entscheidend ist, daß die Kinder, bei denen eine Vaginalkorrektur durchgeführt wurde, in ärztlicher Kontrolle bleiben bis sie ausgewachsen sind, also etwa bis zur Pubertät. In diesem Alter sollte man sich bei einer abschließenden Untersuchung vergewissern, daß die Scheide weit genug ist und keine narbigen Verengungen zeigt, so daß ein Koitus von der anatomischen Situation her problemlos möglich ist.“⁴³ Die Betonung der Koitusfähigkeit des Organs zeigt noch einmal in aller Deutlichkeit die Funktion der Operation: Sie soll einen penetrierbaren weiblichen Körper erschaffen, ohne den die heterosexistische Ordnung nicht überleben kann. Krass ausgedrückt: Frauen sollen von Männern gefickt werden. In der

³⁹ Schweiger, Monika, Zur Chirurgie der Intersexualität, Dissertation an der Ludwig Maximilians Universität zu München, München 1982, S. 6.

⁴⁰ ebd., S. 8.

⁴¹ Protokoll unserer AG-Sitzung vom 1. Juli 2004.

⁴² Schweiger 1982, S. 87.

⁴³ ebd., S. 91.

Zusammenfassung hebt Schweiger erneut die Wohltätigkeit der chirurgischen Maßnahmen hervor: „Falsche oder zu späte Behandlung kann für das Kind lebenslang schwere psychosoziale Probleme nach sich ziehen.“⁴⁴ Weiter wird deutlich, dass der biologische Körper für soziale Normen passend geschneidert wird: Sie schreibt, ein „wichtiger Faktor, der zur Geschlechtsidentifikation des Kindes führt“, sei „die geschlechtsspezifische Erziehung. Diese zu verfolgen kann den Eltern aber auf die Dauer nur gelingen, wenn das äußere Genitale im Phänotyp dem bürgerlichen Geschlecht entspricht.“⁴⁵ Deutlicher lässt sich kaum formulieren, dass sex für gender zurechtgeschneidert werden muss, das soziale Geschlecht also das biologische erschafft.

Medizinische Quelle 2 (Intersexualität im Kindesalter, Tagung an der Universität Jena):

Während die Arbeit von Monika Schweiger Auskunft darüber gab, wie die Medizin Operationen an Intersexuellen legitimiert, lässt sich aus der folgenden Quelle zusätzlich erfahren, welche Vorstellung von Geschlecht in der Medizin wirksam ist: Aus der gleichen Zeit wie Monika Schweigers Dissertation stammt das Themenheft: „Intersexualität im Kindesalter“.⁴⁶ Hierbei handelt es sich um eine Zusammenstellung von Beiträgen, die auf einer Tagung an der Universität Jena gehalten wurden.⁴⁷ Wie aus dem Vorwort des Sammelbandes hervorgeht, befasste sich die Tagung vor allem mit diagnostischen Methoden und deren Verbesserung. Am Rande war der Themenkomplex „Entscheidungen über Geschlechterrollen, Bedeutung von rechtlicher Zuordnung des juristischen Geschlechts und die psychische Situation der Menschen“ von Interesse. Das Vorwort lässt - wie bei Schweiger - keinen Zweifel darüber entstehen, dass die MedizinerInnen die - im Bezug auf Geschlechterkonstruktion unreflektierte - Auffassung vertreten, mit ihrer Forschung und der daraus resultierenden medizinischen Praxis die Lebensqualität ihrer PatientInnen zu verbessern. Daran zeigt sich, dass medizinische Diskurse nicht berührt werden von (wissenschaftlichen) Diskursen, welche die Geschlechterkonstruktion kritisch hinterfragen. Diese einseitig ignorante Trennung der Denkstrukturen lässt zwei in Bezug auf Geschlecht gänzlich gegensätzliche Wahrnehmungsrealitäten entstehen.

Dieser Umstand zeigt sich auch in dem Beitrag „Bemerkungen zur rechtlichen Regelung der Geschlechtszuordnung“ von L. Pelz⁴⁸. Die Zweigeschlechtlichkeit wird als naturgegeben vorausgesetzt. Begründet wird dies damit, sie sei bei allen höheren Lebewesen vorherrschend.

⁴⁴ ebd., S. 95.

⁴⁵ ebd., S. 96.

⁴⁶ Hoepffner, W., Hesse V. (Hg.), Intersexualität im Kindesalter, Arbeitstagung der AG Pädiatrische Endokrinologie, Jena 1984.

⁴⁷ Ein Ost-West-Vergleich bezüglich des Umgangs mit Intersexualität kann allerdings nicht gezogen werden, da bei der Tagung Fachkundige aus der DDR und der BRD zusammenkamen.

⁴⁸ Pelz, L., Bemerkungen zur rechtlichen Regelung der Geschlechtszuordnung, in: Hoepffner, W., Hesse V. (Hg.), Intersexualität im Kindesalter, Arbeitstagung der AG Pädiatrische Endokrinologie, Jena 1984, S. 232–S. 235.

Legitimierend für die Entscheidung der Medizin, ein Geschlecht herzustellen, ist eine historische Herleitung dieser Praxis. Da die Entscheidung von jeher alternativ gewesen ist (Beispiel aus dem Jahr 1738), soll das auch künftig so sein. Außerdem liegt die Entscheidungsgewalt eindeutig bei der Medizin. Die Anpassung an ein Geschlecht muss vor allem aus Gründen der Integrierbarkeit der Individuen in das soziale Leben geschehen: „Darüber hinaus würde eine solche Regelung [Einführung des ‚genus neutrius‘] nicht der gesellschaftlichen Integrierbarkeit, sondern der öffentlichen Brückierung von Patienten mit intersexuellen Organbildungsfehlern dienen. Das kann nicht unsere Aufgabe sein und darf niemals zu unserer Aufgabe werden.“⁴⁹

Der umfangreichere Beitrag von R. Dittmann⁵⁰ stützt seine Argumentation auf Forschungsergebnisse aus Tierversuchen (wobei eingeräumt wird, diese seien nur bedingt auf Menschen übertragbar⁵¹) und Experimente mit intersexuellen Kindern und Jugendlichen.⁵² Dittmann gibt eine Definition: „Mit dem Begriff Geschlechtsidentifikation (bzw. Geschlechtsidentität) wird ein typisch menschliches Phänomen beschrieben und als grundlegende Identifikation eines Individuums mit dem einen oder anderen Geschlecht definiert, deren Entwicklung weitgehend von Lernprozessen abhängt.“⁵³ Die Zuweisung der Geschlechtsidentität wird also auf Sozialisation beruhend geschildert. Dieser müssten von medizinischer Seite Eingriffe wie „chirurgische Korrekturen und postnatale Hormontherapie“, sowie „eine frühe Ausräumung elterlicher Zweifel“⁵⁴ vorangehen. Hier wird die unreflektierte Erkenntnis der Geschlechterkonstruktion in einer relativistischen Wendung missbraucht. Es scheint zweitrangig, welchem Geschlecht ‚geschlechtlich uneindeutig‘ geborene Menschen zugewiesen werden, von Bedeutung ist vor allem, dass dies geschieht. Weiter bleibt die Argumentation, wie auch im untersuchten Beitrag von Monika Schweiger, im hegemonialen System der heteronormativen Zweierbeziehung verhaftet: „Ziel aller korrigierenden Operationen, auch eventueller späterer Vaginaloperationen, für die intersexuellen Patienten sollte die Erreichung der Kohabitationsfähigkeit sein. Dieser Gesichtspunkt sollte bereits bei der Wahl der sozialen

⁴⁹ ebd. S. 235.

⁵⁰ Dittmann, R., Psychosoziale Aspekte bei der Wahl der Geschlechtsrolle für intersexuelle Patienten, in: Hoepffner, W., Hesse V. (Hg.), Intersexualität im Kindesalter, Arbeitstagung der AG Pädiatrische Endokrinologie, Jena 1984, S. 236-249.

⁵¹ „Je höher eine Spezies ausgebildet ist, umso entscheidender scheinen Umweltbedingungen für die Ausprägung von Verhaltensweisen zu sein.“ (ebd., S. 237).

⁵² „Folgende Bereiche fanden dabei in der Literatur besondere Berücksichtigung: 1. Sport und Spielaktivitäten im Freien, 2. Aggressivität im sozialen Kontakt, 3. Mutter- und Kind-Spiele/ ‚Mutterschaftsverhalten‘, 4. Spielkameradenpräferenz, 5. soziale Zuweisung spezifischer Rollen im Verhalten (z.B. als ‚Tomboy‘), 6. Einstellung zur Kleidung und Körperpflege.“ (ebd., S. 237). Hieran lässt sich überdeutlich erkennen, wie Rollenstereotype zur Basis von Forschungsfragen werden!

⁵³ ebd., S. 239; hierbei bezieht Dittmann sich auf Untersuchungen von Money: vgl. Money, J. und A.A. Erhardt: Männlich – Weiblich. Die Entstehung der Geschlechterunterschiede. Reinbek, 1975.

⁵⁴ Dittmann, R., Psychosoziale Aspekte bei der Wahl der Geschlechtsrolle für intersexuelle Patienten, in: Hoepffner, W., Hesse V. (Hg.), Intersexualität im Kindesalter, Arbeitstagung der AG Pädiatrische Endokrinologie, Jena 1984, S. 239-240.

Geschlechtsrolle im Säuglingsalter gründlich mitbedacht werden.“⁵⁵

In dem Prozess der Geschlechtsbestimmung ist die Einbeziehung der Eltern von Bedeutung. Da sie in der Erziehung auf die Geschlechtsidentität ihrer Kinder hinwirken und hinwirken sollen, müssen sie ein eindeutiges Geschlecht als Ziel haben. Die Entscheidungsgewalt liegt hier beim ExpertInnenwissen der Medizin und Psychiatrie. „Eine intensive begleitende Aufklärung und Beratung der Eltern sollte dazu führen, dass diese die fachliche Empfehlung auch zu einem eigenen Entschluss entwickeln und diesen dann überzeugt mittragen können.“⁵⁶ Außerdem soll den Eltern⁵⁷ durch fachlich kompetente Beratung die Angst vor Diskriminierungen genommen werden.

Der Handlungsbedarf der Medizin wird nochmals begründet: „Abwartende und bagatellisierende Haltungen von behandelnden Ärzten und unzureichende Aufklärung können – wie wir es immer wieder einmal beobachtet haben – zu unzureichender oder verspäteter Behandlung und dann letztlich für die Patienten zu Fehlentwicklungen, Verstimmungen, Verhaltens- und Leistungsstörungen, gestörter Geschlechtsidentifikation und bis zu Suizidideen führen.“⁵⁸

Die zweigeschlechtliche Ordnung wird so stark als Gesamtrealität vorausgesetzt, dass eine Nicht-Identifikation lebensbedrohliche Folgen haben kann. Es wird nicht in Erwägung gezogen, diese Ordnung zu kritisieren und zu hinterfragen oder gar als Ursache für Diskriminierungen und Probleme mit geschlechtlicher Uneindeutigkeit zu sehen. Stattdessen wird betont, der betroffene Mensch müsse verändert werden, um leben zu können.

Medizinische Quelle 3 (Dominik Leitsch „Die Intersexualität. Diagnostik und Therapie aus kinderchirurgischer Sicht“):

Eine weitere Dissertation, die wir untersucht haben, ist die von Dominik Leitsch „Die Intersexualität. Diagnostik und Therapie aus kinderchirurgischer Sicht“, die Mitte 1996 an der

⁵⁵ „Für die klinische Praxis in der Behandlung und Betreuung von Patienten mit intersexuellem Genitale bedeutet dies zusammengefasst also, dass 1. die Festlegung des sozialen Geschlechtes möglichst früh und 2. erste operative Korrekturen vor Ende des 2. Lebensjahres erfolgen sollten, diese 3. am Phänotyp der äußeren Geschlechtsorgane orientiert sein müssen und 4. eventuelle auch durch weiter operative und medikamentöse Maßnahmen eine spätere Kohabitationsfähigkeit erzielt werden sollte sowie 5. für sozial männliche Kinder auch eine stehende Urinierposititon.“ ebd., S. 241.

⁵⁶ ebd., S. 242.

⁵⁷ Weitere Anleitungen zur Beratung der Eltern: „Dabei wird einleitend versucht, ihnen zu vermitteln, dass die Störung ihres Kindes nur eine von vielen möglichen in der embryonalen Entwicklung eines Menschen darstellt und mit Fehlbildungen anderer innerer Organe vergleichbar ist. Die Befürchtung der Eltern es bestehe ein Zusammenhang zwischen genitaler Fehlbildung und psychischer bzw. psychosexueller Abnormität, kann vermindert werden. [...] Es gelingt so, den Eltern die Störung ihres Kindes als eine Unterbrechung einer normalen Entwicklung von einem undifferenzierten, für beide Geschlechter gleichen Ausgangsstadium zu erläutern. Die medizinischen Maßnahmen, so wird erklärt, sollen dazu dienen, das `unfertige´ Genital einem normalen Erscheinungsbild anzugleichen. [...] Eine mögliche Lebensplanung ohne eigene Kinder (Adoption, caritativer Beruf, pflegerischer Beruf, Karriere) wird angesprochen.“ ebd., S. 243 „[...] weiter werden die Eltern beruhigt, dass ihre Kinder durchaus kein homosexuelles Begehren entwickeln müssen, wenn die Sozialisation in einer Geschlechtsidentität erfolgreich ist.“ ebd., S. 244.

⁵⁸ ebd. S. 242

Universität Köln eingereicht wurde. Seine Arbeit beginnt mit Definitionen von 'Geschlecht' und 'Sexualität': „Unter Geschlecht (Sexus) versteht man die Unterschiedlichkeit der Individuen in bezug auf Anatomie und Funktionen der genitalen Organe. Als Sexualität definiert man die im Körperlichen und im Geistig-Seelischen ablaufenden Verhaltensweisen, welche sich auf Lustgewinn in den Beziehungen zum (normalerweise) anderen Geschlecht richten und der Fortpflanzung dienen.“⁵⁹ Zu diesem offensichtlichen Heterosexismus gesellt sich gleich anschließend eine krasse Pathologisierung intersexueller Menschen: „In der heutigen Zeit umfaßt die Intersexualität eine große Zahl schwerwiegender Störungen im Kindesalter, welche bei fehlender Therapie zu schweren körperlichen und geistigen Schäden des Kindes führen können.“⁶⁰ Ohnehin ist in seiner Arbeit durchweg von einem ‚Leiden‘ der als intersexuell diagnostizierten Kinder die Rede. Konsequenterweise propagiert Leitsch deshalb die umfassende ‚Dokumentation‘ intersexuell diagnostizierter Kinder. Dazu differenziert er zunächst die verschiedenen Formen der Intersexualität in „Fehlbildungen“ des chromosomalen, gonadalen und somatischen Geschlechts. Leitsch hebt die Notwendigkeit einer frühen Entscheidung hervor: „Die Untersuchungen von MONEY und ERHARDT zeigten, daß Kinder bis zum Ende des zweiten Lebensjahres ihre psychosexuelle Identität entwickeln. Erfahrungsgemäß gilt, daß es sich für die psychische Entwicklung negativ auswirkt, wenn das einmal gewählte Geschlecht nach dem dritten Lebensjahr noch einmal geändert wird. Daraus resultiert die unbedingte Notwendigkeit mit der Diagnostik und der Therapie einer intersexuellen Störung so früh wie möglich zu beginnen, und möglichst vor dem Erreichen des dritten Lebensjahr festzulegen, ob das Kind als männliches oder weibliches Individuum erzogen werden soll.“⁶¹ Er fordert also individuell angepasstes Verhalten aufgrund eines gesellschaftlichen Zwanges (Zweigeschlechtlichkeit) ein – wobei die Ausführenden jedoch zentral an der Produktion dieses Zwangs beteiligt sind. Flankierend soll eine Psychotherapie den gewünschten Erfolg gewährleisten: „So sollten Kinder mit einer intersexuellen Fehlbildung zusätzlich zu der chirurgischen und pädiatrischen Betreuung durchgehend durch psychologisches Personal betreut werden um evtl. auftretende Diskrepanzen in der körperlichen und psychosexuellen Entwicklung des Kindes festzustellen und in das Therapiekonzept einzubringen.“⁶² Es soll ausgeschlossen werden, dass biologische Geschlecht zwar eindeutig ist, das Kind aber ganz anders empfindet oder begehrt. „Die Therapie in bezug auf intersexuelle Fehlbildungen sollte stets dreigleisig sein. Am wichtigsten hierbei ist zunächst der kausale Therapieansatz, so z.B. die Substitution von Glukokortikoiden bei Kindern mit einem AGS. Der zweite Punkt ist die chirurgisch-plastische Rekonstruktion des äußeren Genitals in Richtung des gewählten Geschlechts mit dem Ziel eines guten kosmetischen und vor allem funktionellen Ergebnisses. Der dritte und

⁵⁹Leitsch, Dominik: Die Intersexualität. Diagnostik und Therapie aus kinderchirurgischer Sicht. Dissertation, Universität Köln, 30. Mai 1996, S. 7.

⁶⁰ebd.

⁶¹ebd.

⁶²ebd., S. 43.

nicht minder wichtige Therapiefeiler ist die psychosoziale Betreuung der Eltern in der frühen Kindheit und später auch zunehmend die Patienten selbst.⁶³ Leitsch benennt vier Faktoren für die Festlegung des kindlichen Geschlechts:

1. „Befund des äußeren Genitals bei der Geburt und seine Ansprechbarkeit auf exogene Testosteron und/oder DHT-Gaben
2. Erfahrung und Können des behandelnden Operateurs sowie Möglichkeiten der Klinik
3. Erfahrungen über die psychische und physische Weiterentwicklung des Kindes in der Pubertät einschließlich der zu erwartenden Fertilität.
4. Ethnologisches und soziales Umfeld der Eltern“⁶⁴

Am Ende seiner Arbeit geht Leitsch auf die männlich-weiblich Verteilungshäufigkeit ein: in Köln ist es eine Rate von 1:2, in der von ihm zitierten Arbeit von LUKS 1:3 und von den 114 dokumentierten `Fällen´ aus der Weltliteratur ist es eine Quote von 56:44. Zu diesen Quoten und die Entstehungsbedingungen schreibt er leider nicht mehr. So ist gerade bei letzterer Quote davon auszugehen, dass gerade Vermännlichungen eher schriftlich festgehalten werden, da eine Vermännlichung operationstechnisch schwieriger zu bewerkstelligen ist.

4.2. Intersexualität in Schulbüchern

Beim Blick in Schul- und Lehrbücher, die an Berliner Gymnasien kursieren, offenbart sich das oben skizzierte Geschlechterbild der Medizin in populärwissenschaftlicher Weise. Vier derartige Schriften sollen im Folgenden anhand der Fragen nach Geschlecht, Geschlechterbeziehungen und Sexualität in Kürze vorgestellt werden.

In Corinne Stockleys „**Tessloffs Bildlexikon in Farbe – Biologie**“ wird in ein männliches und ein weibliches „Fortpflanzungssystem“ unterschieden, die nebeneinander abgebildet sind. Es wird eine Anleitung (!) zum Geschlechtsverkehr gegeben („[...] Daran schließen sich rhythmische Bewegungen des Beckens an.“). Einen Höhepunkt kann nach Stockley jedoch anscheinend nur der Mann haben: nur von ihm ist die Rede im Zusammenhang mit dem Höhepunkt. Generell wird alles unter dem Aspekt der Fortpflanzung betrachtet.⁶⁵

Das „**große Buch des Allgemeinwissens: NATUR**“ hält fest: „Wie alle biologischen Eigenschaften wird auch das Geschlecht im allgemeinen irreversibel festgelegt, und zwar

⁶³ebd., S. 129.

⁶⁴ebd., S. 130.

⁶⁵Stockley, Corinne, Tessloffs Bildlexikon in Farbe – Biologie. Tessloff Verlag, Hamburg 1987 (Original 1986), S. 88-91.

genotypisch oder phänotypisch [...] Ein Extremfall liegt bei den zahlreichen zwittrigen Arten vor [...] Bei den Säugetieren [...] liegen die genetischen Determinanten des Geschlechts auf einem Chromosomenpaar, den Geschlechtschromosomen X und Y [...]“. Beim Menschen wird Zwitterigkeit also nicht erwähnt; des Weiteren wird behauptet, dass Geschlecht irreversibel festgelegt ist. Es wird in einen “Geschlechtsapparat” des Mannes und der Frau unterschieden; der Mensch erscheint bei dieser Formulierung als Maschine. Zur Erotik wird angemerkt: „Der Mensch ist auch biologisch durch seine ständige Paarungsbereitschaft zur Erotik prädestiniert, die ja nichts anderes ist als ein Regelwerk zur Kanalisierung dieser ansonsten überbordenden hormonellen Wallungen.“ Erotik dient diesem Verständnis nach nur der Fortpflanzung, und zwar einer gesitteten. Außerdem wird impliziert, dass Hormone eine elementare Rolle für die Paarung spielen und nur schwer unter Kontrolle zu bringen sind.⁶⁶

In „**Biologie heute**“ für **Gymnasialklassen** wird eine “Partnerbeziehung” dadurch gekennzeichnet, dass in ihr sexuelle Bedürfnisse von Mann und Frau befriedigt werden (müssen), allerdings auch nur dort. Es gibt auch homosexuelle Beziehungen (bei Frauen auch „lesbische Liebe“) und bisexuell lebende Menschen. Das sei jedoch alles „veranlagt“ und es gebe einen „angeborenen Sexualtrieb“. Der „Triebstau“ wird „in der Regel abgebaut durch den Orgasmus“. “Abartige und krankhafte Verhaltensweisen” sind S/M-Sex. Außerdem gibt es noch „Sittlichkeits- oder Triebverbrecher“, die ihren „Trieb“ an Frauen und Kindern „abreagieren“. Primäre Geschlechtsorgane beim Mann sind Hoden, Samenleiter und Penis, primäre Geschlechtsorgane bei der Frau sind große und kleine Schamlippen, Scheide, Gebärmutter, Eierstöcke und Eileiter. Es wird konstatiert: „An den Geschlechtsorganen lassen sich die Geschlechter bereits bei Neugeborenen unterscheiden.“ Sekundäre Geschlechtsmerkmale sind bei Mann wie Frau Behaarung, Becken, Schultern, Muskulatur, Körperform, Leistungsfähigkeit und Stimmlage. Tertiäre Geschlechtsmerkmale sind Anzihsachen. „Ob es ein Junge oder ob es ein Mädchen wird, bestimmen die Chromosomen.“ Der Chromosomensatz XY produziere einen Jungen, der Chromosomensatz XX ein Mädchen. Alles wird fein säuberlich bipolar unterschieden. Nach all diesen Stereotypen kommt der Clou zum Schluss: „Die Klassifizierung in 'typisch weiblich' und 'typisch männlich' beruht ... vielfach auf einem Vorurteil.“⁶⁷

In „**Natur – Biologie für Gymnasien, 7.-10. Schuljahr**“ werden die Geschlechtsorgane des Mannes fein säuberlich getrennt von denen der Frau unterschieden. Dies geschieht auch graphisch: die einen auf der einen Seite, die anderen auf der anderen. Der Mann ist aktiv und hat einen Orgasmus, bei der Frau ist davon nicht die Rede. „Der Scheide kommen im Wesentlichen zwei Aufgaben zu: Sie nimmt bei der körperlichen Vereinigung von Mann und Frau den Penis und das

⁶⁶Das grosse Buch des Allgemeinwissens: NATUR. Verlag Das Beste, Stuttgart/Zürich/Wien 1996, S. 358 + 805.

⁶⁷Hoff, Peter / Jaenick, Dr. Joachim / Miram, Wolfgang (Hg.): Biologie heute 2G (Gymnasium), Hannover 1995, S. 193-195 + 357.

von ihm abgegebene Sperma auf, und sie ist der natürliche Geburtskanal, durch den das Kind bei der Geburt herausgepreßt wird.“ Sexualität ist als „natürlicher Geschlechtstrieb“ angeboren. Die Ursachen von Homosexualität werden in „angeborenen Veranlagungen und frühkindlichen Erlebnissen“ vermutet (!). S/M-Sex wird als „Perversion“ und als „abartiges und krankhaftes Verhalten“ bezeichnet. Sexuelle Gewalt wird auf einen „starken Geschlechtstrieb“ zurückgeführt. Schlüsselreize sind angeboren. Das „Weib-Schema“ basiert auf: „schmale Schultern, wohlgeformter Busen, breites Becken, weiche Körperformen und lange Beine“. Das „Mann-Schema“ bedeutet hingegen: „breite Schultern, schmales Becken, muskulöser Körperbau“. „Dieses Mann- bzw. Weib-Schema bestimmt bei uns Menschen unbewusst die Wahl des Sexualpartners.“ Begehren von Uneindeutigem/-n ist so nicht denkbar. Natürlich: „Zwei Chromosomen bestimmen das Geschlecht“.⁶⁸

4.3. Zum Verhältnis von sex und gender bei Intersexualität

Fundamentale Regeln heterosexueller Zweigeschlechtlichkeit sind erstens das Kongruenzgebot – Körpergeschlecht und Geschlechtsidentität müssen deckungsgleich sein – und zweitens die Annahme, Geschlecht sei nicht veränderbar: die einmal vorgenommene Geschlechtszuweisung gilt lebenslanglich.⁶⁹ Als dritte Grundannahme kommt hinzu, dass Geschlecht eine körperliche Basis habe. Jede dieser drei Grundannahmen wird durch die bloße Präsenz Intersexueller als ideologische Konstruktion enttarnt. Intersexualität unterbricht die Routine der Geschlechterkonstruktion; Intersexuelle sind Personen, die sich diesem Geschlechterentwurf nicht zuordnen lassen: sie gehören nicht nur einem Geschlecht an, von daher tun sie dies auch nicht ein Leben lang und eine geschlechtliche 'körperliche Basis' ist bei Intersexuellen zwar gegeben, diese passt jedoch nicht in das hegemoniale männliche oder weibliche Körpermodell – somit gibt es bei Intersexuellen keine körperliche Basis für Geschlecht. Diese muss erst hergestellt werden – wortwörtlich. „Der Krieg fängt dort an, wo die Weichen gestellt werden.“⁷⁰ schreibt Michel Reiter.

Von großer Bedeutung für die Entscheidung der Geschlechtsbestimmung ist bei intersexuellen Genitalien die Erscheinungsform des äußeren Genitales, das phänotypische bzw. morphologische Geschlecht, das nach Auffassung von MedizinerInnen sowohl das psychische als auch das soziale Geschlecht nachhaltig prägt. Der Gynäkologe Tscherne schrieb 1987: „Eine normale

⁶⁸Claus, Roman / u.a. (Hg.): Natur – Biologie für Gymnasien, 7.-10. Schuljahr, Band 2., Stuttgart/Düsseldorf/Berlin/Leipzig 1991, S. 271-334.

⁶⁹Jäger, Ulle / Sälzer, Christian, entweder oder und der rest. transsexualität und transgender, in: diskus, Nr. 3, Frankfurt am Main, Dezember 1999, 48. Jahrgang, S. 29-33.

⁷⁰Zitat von Michel Reiter in: Tolmein, Oliver & Rotermund, Bertram, „Das verordnete Geschlecht“ (Film), Hamburg 2002.

chromosomale, gonadale und hormonale Geschlechtsdifferenzierung ist Voraussetzung für die normale Ausbildung des Genitales und eine adäquate Sexualentwicklung, also ein zusammenpassendes, chromosomales, gonadales und genitales Geschlecht.“⁷¹ Es findet also eine Hierarchisierung der 'Geschlechtskomponenten' statt: die Annahme ist, dass sex dem gender vorgängig sei. Mit der Zurichtung des sex, der Genitalien, soll also auch das gender hergestellt werden und damit zusammenhängend (heterosexuelles) Begehren. In dieser (medizinischen) Lesart werden die Kategorien sex und gender auf die Füße gestellt. Sex und Natur werden als natürlich gedacht, wohingegen Gender und Kultur als konstruiert verstanden werden. Dies aber sind falsche Dichotomien. Bei Intersexuellen wird der Sex wortwörtlich konstruiert. MedizinerInnen glauben, dass ihr ExpertInnenstatus sie dazu ermächtigt, die 'Wahrheit' der Natur zu 'hören', die ihnen zuflüstert, welchen Sex ihr/e PatientIn haben sollte. Aber: Die 'Wahrheit' der MedizinerInnen ist gesellschaftlich und wird in Folge der Operation(en) durch die Unsichtbarmachung intersexueller Geburten erneut hergestellt.⁷² Wir gehen davon aus, dass die Kultur der Zweigeschlechtlichkeit und das gender der ÄrztInnen, JuristInnen, Eltern und anderer Beteiligter die Ursache (!) für die Zurichtung des sex eines intersexuell geborenen Kindes ist und nicht eine wie auch immer herbeihalluzinierte 'Natur'. (vgl. hierzu genauer den Punkt 4.6.: Der Arzt als Überwacher der Geschlechterordnung).

4.4. Die medizinische Zurichtung zu heterosexuellem Begehren

Der Mediziner Dominik Leitsch definiert Sexualität als „die im Körperlichen und im Geistig-Seelischen ablaufenden Verhaltensweisen, welche sich auf Lustgewinn in den Beziehungen zum (normalerweise) anderen Geschlecht richten und der Fortpflanzung dienen.“⁷³ Menschen mit uneindeutigem gender und/oder sex sind in dieser Sichtweise offensichtlich nicht begehrenswert. Dies sagt viel über die bürgerliche Geschlechterordnung aus: Da in der heterosexuellen Matrix nur Hetero-, Homo- oder Bisexualität denkbar ist – wobei Homo- und Bisexualität für Leitsch schon unter 'unnormale' fallen –, muss eben nicht nur das Objekt des Begehrens eindeutig sein, sondern eben auch das Subjekt. Anders formuliert: Sowohl die Fremd- wie auch die Selbstidentifikation sind geschlechtlich eindeutig: männlich oder weiblich. Dies betrifft mitnichten nur Intersexuelle, sondern alle Menschen! Ohnehin: es muss begehrt werden, Asexualität ist in dieser Konzeption nicht denkbar. Folgerichtig gibt es parallel zur 'materiellen' Vernichtung von all denen, die aus

⁷¹Heldmann, Anja, *Jenseits von Frau und Mann, Intersexualität als Negation der Zweigeschlechtlichkeit*, in: *Differenz und Geschlecht: neue Ansätze in der ethnologischen Forschung*, Reimer, Berlin, 1998, S. 58.

⁷²Fausto-Sterling, Anne, *Sexing the Body: How Biologists Construct Human Sexuality*, <http://www.symposium.com/ijt/gilbert/sterling.htm> (Stand: 13. Juni 2004).

⁷³Leitsch, Dominik, *Die Intersexualität, Diagnostik und Therapie aus kinderchirurgischer Sicht*, Dissertation, Universität Köln, 30. Mai 1996, S. 7.

dieser Ordnung fallen, auch keine symbolische Repräsentation. Es gibt noch nicht einmal offizielle Begrifflichkeiten, die das Begehren von bzw. das begehrt-werden von Nicht-männern-nicht-frauen sprachlich fassen können. 'Die Bewegung' hat hierfür zwar den Begriff 'queer', der aber aus mehreren Gründen für die Anliegen Intersexueller unbrauchbar ist (vgl. hierzu genauer die Punkte 6.: Zur doppeldeutigen 'Konstruierbarkeit' des Geschlechts und 5.1.: Von rassistischem Sprechen und Verschweigen).⁷⁴

Dass sich Intersexuelle jedoch fortpflanzen, scheint nicht angestrebt zu werden. So werden beispielsweise bei einer Verweiblichung die weiblichen Genitalien auf die Scheide reduziert. Die Möglichkeit, auch eine Gebärmutter und Eierstöcke künstlich herzustellen, wird nicht in Erwägung gezogen. Es geht also bei Intersexuellen tatsächlich nur um Kohabitationsfähigkeit. Das Fehlen der Scheide wird vor allem unter dem Gesichtspunkt der Unmöglichkeit, eine heterosexuelle Beziehung führen zu können, beurteilt. Der Gynäkologe Richter schrieb 1987: „Die gänzlich unerwartete Konfrontation mit einem Defekt, der ihr die Erfüllung ihrer erträumten und anerzogenen Rolle als Frau und Mutter unmöglich macht, stürzt die Betroffene nicht selten in einen Abgrund der Verzweiflung.“⁷⁵ Wie selbstverständlich wird von der Frau als „Mutter“ gesprochen. Wenn sie auch aufgrund ihrer „Anomalie“ keinen Beitrag zur Reproduktion leisten kann, so sollte doch wenigstens ihr sexuelles Begehren auf einen männlichen Sexualpartner ausgerichtet und sie deshalb zur Kohabitation fähig sein.⁷⁶ Penetration wird als einzig legitime wie einzig denkbare Sexualität dargestellt. Und dass eben diese nur ermöglicht wird, weil es zur heterosexuellen Ordnung dazugehört, wird deutlich daran, dass die Überlegung des „Lustgewinns“ bei vereindeutigten Intersexuellen nicht als 'Argument' angesehen werden kann: die vielen mittlerweile bekannten Einzelschicksale belegen, dass operierten Intersexuellen eine lustvolle Sexualität oftmals verwehrt bleibt aufgrund (!) der Operation(en).

Anders formuliert: Nach herrschender medizinischer Sicht müssen Menschen geschlechtlich eindeutig sein, da sie sonst angeblich keine erfüllende Sexualität hätten. Von dieser absurden Vorstellung einmal abgesehen, ist hieran interessant, dass Sexualität in dieser Argumentation durchaus sozial gefasst zu werden scheint: die Reproduktion wird nämlich nicht angestrebt. Noch anders formuliert: bei Intersexuellen wird Sexualität sozial gefasst, bei 'Eindeutigen' biologisch. Ob die nicht angestrebte Reproduktion bei Intersexuellen eugenisch motiviert ist, kann hier nur als offene Frage stehen bleiben.⁷⁷

Von der Idee her werden also aus Intersexuellen einerseits heterosexuell lebende Frauen und

⁷⁴Protokoll unserer AG-Sitzung vom 4. Juni 2004.

⁷⁵Heldmann, Anja, *Jenseits von Frau und Mann, Intersexualität als Negation der Zweigeschlechtlichkeit*, in: *Differenz und Geschlecht: neue Ansätze in der ethnologischen Forschung*, Berlin 1998, S. 62.

⁷⁶ebd., S. 59 und 66.

⁷⁷Protokoll unserer AG-Sitzung vom 4. Juni 2004.

andererseits heterosexuell lebende Männer hergestellt. Wenn biologisch 'Eindeutige' jedoch queere oder, um mit Herrn Leitsch zu sprechen, nicht „normale“ Begehrensstrukturen entwickeln, greift erneut ein ganzes Set an Diskursen und Institutionen, die den sex mit dem Begehren in Einklang bringen wollen. Als Beispiel sei hier das 'Syndrom' der sogenannten 'gender identity disorder in children' genannt, welches non-konformes Begehren pathologisiert. Zeigen Heranwachsende geschlechtsrollenuntypische Verhaltensweisen, wird auf homosexuelles Begehren geschlossen, welches dann weg'therapiert' werden soll. So soll z. B. die 'Behandlung' des sog. 'sissy boy syndroms' bei sich unmännlich verhaltenden Jungen verhindern, dass aus diesen homosexuell lebende Männer werden.⁷⁸

4.5. Die medizinische Herstellung der Zweigeschlechtlichkeit

Heterosexuelle, zweigeschlechtliche Ordnung meint, dass potentielle Störungen ihrer Evidenz durch entsprechende Umdeutungen, Dressuren oder gewaltsame Eingriffe korrigiert und so gewendet werden, dass ihre Grundannahmen aufrechterhalten und bestätigt werden. Die Geschlechterordnung ist so tiefgreifend, dass auch evidente Uneindeutigkeiten sie nicht aus der Bahn werfen. Mag die Stimme eines Mannes noch so hoch, der Bartwuchs auf der Oberlippe einer Frau noch so stetig sein – diese werden lediglich als Abweichungen einer dennoch gültigen Norm gedeutet. Mann/frau ordnet sich in der Begegnung wechselseitig ein, und auf der Grundlage dieser Zuordnung werden Pässe ausgestellt, Arbeitsplätze vergeben, Sexpraktiken bestimmt und vieles mehr.

Dass nur wenige Menschen die rigide geschlechtliche Norm tatsächlich erfüllen, bleibt ohne Bedeutung, denn es existiert ein breites Spektrum an Interventionen, begonnen bei selektiver Wahrnehmung bis hin zu gewaltsamen medizinischen Praktiken, die die Zweiheit als kulturelle Selbstverständlichkeit sicherstellen. Das Zweigeschlechtermodell legitimiert sich durch die Natur als Stifterin der Binarität. Kinder mit uneindeutigen Geschlechtsmerkmalen müssen dementsprechend als Versagen, Ausrutscher und Versehen der Natur gedeutet werden. In einem solchen Fall erhebt sich die Medizin zur Vollstreckerin der unterstellten Eigentlichkeit einer binären Natur und stellt diese durch chirurgische und hormonelle Eingriffe wieder her. Deutlich wird, dass Geschlecht nicht allein diskursiv oder psycho-sozial hervorgebracht wird, sondern gleichermaßen im direkten Zugriff auf die Körper.⁷⁹ In der Medizin werden Durchschnittsdaten und Grenzwerte festgelegt, um die Trennschärfe gegenüber dem anderen Geschlecht aufrechtzuerhalten. Aus

⁷⁸Jäger, Ulle / Sälzer, Christian, entweder oder und der rest. transsexualität und transgender, in: diskus, Nr. 3, Frankfurt am Main, Dezember 1999, 48. Jahrgang, S. 29.

⁷⁹Engel, Antke, ene mene meck und du bist weg – über die gewaltsame herstellung der zweigeschlechtlichkeit; Jäger, Ulle / Sälzer, Christian, entweder oder und der rest. transsexualität und transgender, in: diskus, Nr. 3, Frankfurt am Main, Dezember 1999, 48. Jahrgang, S. 29.

organmedizinischer Sicht ist beispielsweise die Klitoris für die Fortpflanzungsaufgabe der Frau entbehrlich, doch in ihrer Morphologie sollen die Körper eindeutig in Frau und Mann unterschieden werden können – sonst steht die Eindeutigkeit in Frage.

MedizinerInnen gehen zunächst allein von dem äußeren Erscheinungsbild eines Intersexuellen aus. Ihnen und ihren Eltern soll suggeriert werden, dass sich ein eindeutiges Geschlecht zumindest auf der gender-Ebene herstellen lässt, das zunächst unabhängig von ihrem biologischen Geschlecht (sex) zu sein scheint. Gegenüber den PatientInnen wird von Seiten der ÄrztInnen jedoch niemals von 'Anomalie' oder 'Defekt' gesprochen, um die geschlechtliche Uneindeutigkeit zu verschweigen, die aus medizinischer Sicht durchaus pathologisch ist. Nicht das Wohl der Kinder steht demnach im Vordergrund, sondern es gilt, das duale Geschlechterdenken der Gesellschaft zu reproduzieren. Die Medizin ist Teil dieser Zwei-Geschlechter-Kultur, die keine mehr- bzw. uneindeutigen Geschlechter akzeptiert.⁸⁰ Die Medizin kann als kultureller Bereich bezeichnet werden, in dem sich das Körper- und Geschlechtermodell einer euro-amerikanischen Gesellschaft widerspiegelt, das ein 'Wir' auf der Basis der Zweigeschlechtlichkeit konstituiert und damit Intersexuelle als die 'Anderen' definiert.⁸¹ In unserer Rezeption medizinischer Fachliteratur fiel uns auf, welche Funktion die Definition von 'Störungen' für die diskursive Herausbildung eines medizinisch 'normalen' Körperbildes hat: So findet sich beispielsweise im Kommentarbereich des Bandes „Gynäkologie und Geburtshilfe“ in Kapitel 1 „Die geschlechtsspezifische Entwicklung und ihre Störungen“ als erstes das Unterkapitel „Sexuelle Differenzierung und ihre Störungen“. Dort wird die Intersexualität abgehandelt. Dazu gehörten Menschen, die „Merkmale beider Geschlechter“ aufwiesen. Wie bei der im ersten Kapitel analysierten Definition des Roche-Lexikons werden verschiedene Geno- und Phänotypen unterschieden. Die Gonadenagenesie, die Gonadendysgenesie, das Adrenogenitale Syndrom, der Scheinzwitter (testikuläre Feminisierung) und der echte Zwitter (Hermaphroditismus verus). Als zweites Unterkapitel wird die „Struktur und Funktion der Fortpflanzungsorgane und der Brustdrüse“ erklärt. Sehr erhellend war für uns hierbei, dass zuerst die Abweichung erläutert wird, bevor die Norm, von der sie abweicht, vorgestellt wird. Dies lässt den Schluss zu, dass erst die Definition der Abweichung die Definition eines „normalen“ Körpers ermöglicht.⁸² Das Normale wird also über das Anormale hervorgebracht. Wenn alles, was im System der zwei Geschlechter nicht aufgeht, als Krankheit definiert wird, kann sich dieses System weiter unbefleckt als ideale Repräsentation der Wirklichkeit darstellen. Dem ist entgegenzuhalten, dass sich auf körperlicher Ebene statt einer binären Struktur ein Spektrum abzeichnet: es gibt ein Kontinuum von

⁸⁰Heldmann, Anja, *Jenseits von Frau und Mann, Intersexualität als Negation der Zweigeschlechtlichkeit*, in: *Differenz und Geschlecht: neue Ansätze in der ethnologischen Forschung*, Berlin 1998, S. 65 und 68.

⁸¹ebd., S. 56.

⁸² *Gynäkologie und Geburtshilfe, Original-Prüfungsfragen mit Kommentar*, bearb. von Gunter von Minckwitz und Sybille Loibl, Stuttgart/New York 2000, S. 94.

Geschlechtern.⁸³ Die Realität ist chaotischer, ist komplexer als es uns die Ideologie der Zweigeschlechtlichkeit weismachen will. Intersexualität kann als gut gehütetes Geheimnis betrachtet werden. Diese Unsichtbarmachung Intersexueller reproduziert auf symbolischer wie historischer Ebene Zweigeschlechtlichkeit.⁸⁴

4.6. Der Arzt als Überwacher der Geschlechterordnung

Eine der Antworten auf unsere Leitfrage, warum operiert wird und wie die Medizin einen vereindeutigenden operativen Eingriff legitimiert, lautet: Intersexuelle müssen wegen der Identitätsverlustangst der heteronormativen Umwelt zugerichtet werden. In der entsprechenden medizinischen Literatur findet sich immer wieder der ärztliche Präventionsgedanke: Es wird behauptet, intersexuell geborene Kinder würden, wenn sie nicht operiert und einem der zwei Geschlechter zugeordnet werden, später Probleme in ihrem Leben bekommen. Ohne Operation seien sie unglücklich. In dieser Sichtweise werden Intersexuelle vor der Gesellschaft geschützt, die/der ÄrztIn erscheint als wohmeinende/r HelferIn.

Wie schon zuvor angeführt, ist diese Sichtweise de facto falsch. Folgen der Zurichtung sind psychiatrische Zwangseinweisungen nicht einwilligungsfähiger intersexueller Kinder, oft jahrelange erlebte sexuelle Gewalt, physisch irreparable Schäden, Traumata, die Versagung der Möglichkeiten einer erfüllten Sexualität für alle Zeiten, erlebte Isolation, Unkenntnis der Umwelt und damit die Unmöglichkeit, sich offen zur Thematik auszutauschen. Nahezu alle fühlen sich im 'falschen', da konstruierten Körper. Eine eigene Identität wie eigene Würde wird vorenthalten. Kurz: die Operationen und jahrelange Hormonverabreichungen müssen als Folter gesehen werden. Dies wird durch die erschütternden Erfahrungsberichte operierter Intersexueller immer wieder deutlich. Faktisch findet also ein Deal statt: gedealt wird ein ursprünglicher Körper und Erlebnisfähigkeit gegen soziale Akzeptanz.⁸⁵ Hierzu ein Zitat von Michel Reiter, das wir auch unserer Arbeit vorangestellt haben: „Unser verstümmeltes Geschlecht ist ein medizinisches Konstrukt, also Theorie. So schob man uns von einem Nichts in das andere Nichts: Unser Geschlecht, wie es uns angeboren wurde, hat keine gesellschaftliche Existenz. [...] Nun ist fraglich, welche psychischen Auswirkungen sich bei intersexuell Diagnostizierten, jedoch nicht Operierten, konstatieren lassen [...] Vermutlich wären wir AUCH durch alle Kategorien durchgefallen. Aber mit Sicherheit hätten wir etwas EIGENES entwickeln können, hätten z. B. unser sexuelles Potential

⁸³Jäger, Ulle / Sälzer, Christian: entweder oder und der rest. transsexualität und transgender, in: diskus, Nr. 3, Frankfurt am Main, Dezember 1999, 48. Jahrgang, S. 29 und 32.

⁸⁴Protokoll vom 24. Juni 2004.

⁸⁵Heldmann, Anja, Jenseits von Frau und Mann, Intersexualität als Negation der Zweigeschlechtlichkeit, In: Differenz und Geschlecht: neue Ansätze in der ethnologischen Forschung, Berlin 1998, S. 65.

entdeckt und unseren Körper kennengelernt“.⁸⁶ Von daher stellt sich die Frage, die auch unsere Leitfrage ist: was ist der wirkliche Grund der Operation?

Wir denken, dass die Konfrontation der 'Eindeutigen' mit Intersexuellen Angst bereitet: Mann/Frau kann der eigenen Identität als Mann/Frau wie auch Hetero/Homo/Bi verlustig gehen. D.h. sowohl Gender als auch Sexualität stehen auf dem Spiel. Intersexuelle stören – frecherweise – erstens das Gebot, dass Geschlecht nicht veränderbar ist und zweitens die Naturgegebenheit der Zweigeschlechtlichkeit.⁸⁷ Sie stellen durch ihre bloße Existenz einen permanenten Störfaktor der zweigeschlechtlichen, heteronormativen Ordnung dar. Sie irritieren ihre Umgebung und halten die gesellschaftlich bedingten Maßstäbe nicht ein. In Anbetracht der Tatsache, dass für die allermeisten Menschen jedoch die Kategorien Geschlecht wie Sexualität absolut zentral für ihre Identitätsbildung sind und sie mit der Anerkennung Intersexueller anerkennen müssten, dass eben gerade diese beiden Kategorien nicht natürlich, sondern Ideologie sind und somit ein beträchtlicher Teil ihres Selbst in Frage gestellt wird/werden müsste, erscheint es einfacher und schmerzfreier, die 'Störung', also als intersexuell diagnostizierte Kinder, zu eliminieren. Anders formuliert: Die Sicherheit der eigenen Identität beruht auf der Ausgrenzung anderer Identitäten. Die Konfrontation mit Intersexualität stellt die Stabilität der eigenen binär verorteten Identität in Frage und rückt den Zwang zur geschlechtlichen Vereindeutigung als Mittel zur Aufrechterhaltung hierarchischer Geschlechterverhältnisse in den Blick. Genau darin liegt die Bedrohung für die 'Eindeutigen'.⁸⁸ Entgegen dem eigenen Selbstverständnis schützt der ärztliche Präventionsgedanke also 'die Gesellschaft' vor Intersexuellen, nicht etwa Intersexuelle vor 'der Gesellschaft'. Der medizinische Umgang zeigt den hilflosen Versuch, gesellschaftliches Leiden ersparen zu wollen. Sie erspart westlichen Gesellschaften an der Präsenz Intersexueller 'leiden' zu müssen, indem sie Intersexuelle leiden lässt – durch ihre Elimination. Die medizinischen Verfahren schützen die Gesellschaft vor Uneindeutigkeiten, um sie in ihrem polaren Denken nicht zu irritieren. 'Fehlgeratene' Körper werden in die Norm eingepasst. ÄrztInnen können dementsprechend als HüterInnen der körperlichen Dualität im Sinne unserer kulturellen Vorstellungen über Geschlechter bezeichnet werden. Sie entwickeln Methoden, um körperliche Geschlechterdifferenzen jenseits der Zweigeschlechtlichkeit zu eliminieren. Die Medizin ist Teil unserer Kultur, und die MedizinerInnen handeln den Normen unserer Kultur entsprechend, wodurch sie diese natürlich unterstützen und reproduzieren.⁸⁹ Zusammenfassend muss die Standardfrage „Was ist es denn? (Junge oder Mädchen?)“ als (krasse) Gewalt begriffen werden. Babies, die sich nicht eindeutig zuordnen lassen, werden in der Medizin durchweg pathologisiert. Sie gelten als 'unfertig' und/oder haben eine

⁸⁶ebd., S. 61.

⁸⁷Protokoll unserer AG-Sitzung vom 8. Juni 2004.

⁸⁸Engel, Antke: ene mene meck und du bist weg – über die gewaltsame herstellung der zweigeschlechtlichkeit.

⁸⁹Heldmann, Anja, Jenseits von Frau und Mann, Intersexualität als Negation der Zweigeschlechtlichkeit, In: Differenz und Geschlecht: neue Ansätze in der ethnologischen Forschung, Berlin 1998, S. 61 und 66.

„Wachstumsstörung“. 'Fertig' in diesem Sinne ist nur ein 'eindeutiger' Junge bzw. ein 'eindeutiges' Mädchen, für welchen/welches sich die Eltern dann entscheiden.⁹⁰ Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter werden nicht nach ihrem Willen gefragt, über ihre Körper wird einfach verfügt. Institutionen urteilen darüber, mit welchem Körper das Kind aufwachsen wird, mit welchem Geschlecht es seine eindeutige soziale Rolle in dieser Gesellschaft einnehmen soll.⁹¹ Das ist Gewalt.

5. Der westliche Diskurs über Genitalverstümmelung

5.1. Von rassistischem Sprechen und Schweigen

Von Gewalt ist allerdings im Kontext westlicher Medizin nie die Rede. Gewalttätigkeit wird nach wie vor nur in außereuropäischen Ländern gesucht und gefunden. Wichtig für unsere Überlegungen ist unsere Situiertheit in einem westlich-christlichen Kulturkreis, als weiße Subjekte. Diese Überlegung kommt insbesondere dann zum Tragen, wenn die unterschiedliche öffentliche Aufmerksamkeit für Genitalverstümmelungen an Frauen in Afrika und die Folter an intersexuellen Menschen in Europa gegenüber gestellt werden.

Die verschiedenen Formen der Beschneidung an Mädchen und Frauen, die in afrikanischen Ländern leben, gelten international als geächtete Menschenrechtsverletzung und eklatante Diskriminierung von Frauen. Es dürfte schwer sein, in westlichen Ländern Gruppierungen zu finden, die derartige Praxen befürworten. Dem steht die Genitalverstümmelung an intersexuellen Menschen in der westlichen Welt gegenüber. Diese wird nicht nur nicht als Menschenrechtsverletzung verhandelt – sie wird größtenteils gar nicht beachtet. In dieser Sichtweise gibt es per Definition keine Menschenrechtsverletzungen in der westlichen Welt.⁹² Im Laufe unserer Beschäftigung mit dem Thema ist uns aufgefallen, dass 'Intersexualität' im Westen diskursiv sehr stark ausgegrenzt wird: Zwar finden sich laut US-amerikanischen Studien etwa 35% der Gesamtbevölkerung in irgendeiner Weise nicht in der heterosexistischen Matrix wieder. Während lesbische, schwule und bisexuelle Fragen aber zunehmend öffentlich diskutiert werden (können), fallen transsexuelle oder gänzlich zur Kategorie Geschlecht quer laufende Thematiken weiterhin völlig aus dem Raster öffentlicher Aufmerksamkeit.⁹³ Hierbei ist zu beachten, dass der normierende Zugriff der Medizin keine Seltenheit ist: Reiter schreibt, etwa 16.000 Intersexuelle würden jedes Jahr geboren. Es ist zu

⁹⁰Protokoll unserer AG-Sitzung vom 24. Juni 2004.

⁹¹Heldmann, Anja, *Jenseits von Frau und Mann, Intersexualität als Negation der Zweigeschlechtlichkeit*, In: *Differenz und Geschlecht: neue Ansätze in der ethnologischen Forschung*, Berlin 1998, S. 61.

⁹²Protokoll unserer AG-Sitzung vom 15. Juni 2004.

⁹³Reiter, Michel, „Ein normales Leben ermöglichen“, in: *Gigi* Nr. 8, Juli / August 2000, S. 10.

vermuten, dass er damit das geographische Gebiet Deutschlands meint. Weiter schreibt er, in Deutschland lebten 1,5 bis 3 Millionen Intersexuelle.⁹⁴ In einem späteren Text zitiert Reiter eine Studie, nach der von etwa 2% intersexuellen Menschen in der Gesamtbevölkerung auszugehen sei, also etwa 1,6 Millionen allein in Deutschland. „Mindestens jedes 2000. Neugeborene erfährt eine medikalisierte Zuweisung bereits ab der Geburt.“⁹⁵ Anne Fausto-Sterling geht sogar davon aus, dass ca. 4% aller Neugeborenen intersexuell geboren werden.⁹⁶

Der westlich-abendländische Quasi-Konsens, einerseits die Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen in Afrika zu ächten, andererseits jedoch die Genitalverstümmelung, Folter und sexuelle Gewalt gegenüber intersexuellen Kindern in Deutschland noch nicht einmal zur Kenntnis zu nehmen, muss von daher als chauvinistische und rassistische Abgrenzung gesehen werden. Traditionelle, patriarchale Clansysteme in afrikanischen Ländern, die Frauen und Mädchen unterdrücken und ihnen Gewalt antun, werden einer aufgeklärten, gleichberechtigten, modernen, westlichen Welt mit ihrer präzisen, sauberen Naturwissenschaft bzw. Medizin, die Menschen hilft, gegenübergestellt. Eine derartige dichotomisierte Gegenüberstellung folgt nicht nur einer langen kolonialistisch-rassistischen Tradition und bereitet den Boden für sog. 'humanitäre Interventionen', in dem deutsche und andere Gutmenschen 'den Wilden' ein bisschen Zivilisation bringen. Nein, sie stellt auch Geschlechterverhältnisse vollends auf den Kopf. Zweigeschlechtlichkeit, wie wir sie heute kennen, ist eine westliche Erfindung, ebenso wie die Durchsetzung eines dichotomen sozialen Geschlechts eher in westeuropäischen Kulturen vorherrschend ist. In außereuropäischen Kulturen sind die Rollen der Geschlechter nicht selten offener definiert. Sowohl der Geschlechtsrollenwechsel als auch alternative Geschlechterkategorien bieten akzeptierte Geschlechtervarianten.⁹⁷

Dadurch, dass über Genitalverstümmelung in der westlichen Welt fast nichts zu hören bzw. lesen ist, werden Intersexuelle nicht nur unsichtbar gemacht, sondern es wird in perfider Weise Zweigeschlechtlichkeit auch noch reproduziert und damit die ganze Gewalt, die immer woanders, niemals aber hier verortet wird. Der Blick auf Genitalverstümmelung in Afrika lenkt von dem Blick auf die eigene Kultur, auf die Menschen in unserer nächsten Nähe ab.⁹⁸ Wir schlagen vor, das Problem genau umgedreht zu betrachten: Erst durch die westlich-abendländische Kultur der Zweigeschlechtlichkeit erlangt die Folter an intersexuellen Menschen ihre Legitimation.⁹⁹

⁹⁴ Reiter, Michel, Ein perfektes Verbrechen, in: Gigi Nr. 2, Juni / Juli 1999, S. 16.

⁹⁵ Reiter, Michel, „Ein normales Leben ermöglichen“, in: Gigi Nr. 8, Juli / August 2000, S. 8.

⁹⁶ Fausto-Sterling, Anne: The Five Sexes, Revisited, in:

http://www.nyas.org/membersonly/sciences/sci0007/fausto_body.html, (Stand: 14. Februar 2001).

⁹⁷ Heldmann, Anja, Jenseits von Frau und Mann, Intersexualität als Negation der Zweigeschlechtlichkeit, In: Differenz und Geschlecht: neue Ansätze in der ethnologischen Forschung, Berlin 1998, S. 73.

⁹⁸ ebd., S. 57.

⁹⁹ Protokoll unserer AG-Sitzung vom 15. Juni 2004.

5.2. Verweiblichung oder Vermännlichung?

Als ab ca. 1940 chirurgische und hormonelle 'Korrekturen' ihren Anfang nehmen, wird der bis dahin geltende Leitsatz 'in dubio pro masculo' durch die inzwischen fortgeschrittene chirurgische 'Korrektur'-Möglichkeit 'it's easier to make a hole than to build a pole' abgelöst.¹⁰⁰ Der Gynäkologe von Terruhn hat dies 1987 auf den Punkt gebracht: „Die Wahl des sozialen Geschlechts erfolgt nach der günstigsten Korrekturmöglichkeit.“ Eine Scheide ist leichter herzustellen als ein Penis mit Hoden. In ca. 90% der Fälle wird eine Feminisierung des Kindes vorgenommen. Das heißt, dass es nach Ansicht von GynäkologInnen „für ein weibliches Individuum mit reduzierter Genitalfunktion leichter sei 'im Leben ihren Mann zu stehen' als für ein männliches Individuum mit verminderter Geschlechtsfähigkeit“. (Bolkenius, 1982) Für eine Frau ist es dieser Sichtweise zufolge leichter, auf eine befriedigende Sexualität zu verzichten als für einen Mann.¹⁰¹

Diese Form der Verweiblichung trifft jedoch primär auf westliche Gesellschaften zu. So schreibt etwa Leitsch: „So geht die Tendenz bei mohamedanischen Eltern, ungeachtet von der Praktikabilität, oft mehr in die Richtung, ein Kind zu vermännlichen. Dieses erklärt sich daraus, daß in diesen Kulturkreisen ein nicht kohabitationsfähiger Mann höher angesehen wird als eine nicht gebärfähige Frau. Viel wichtiger als eine befriedigende Kohabitationsfähigkeit ist es, das Genital soweit herzustellen, daß das Kind in der Lage ist im Stehen zu urinieren. Dieses ist ein weiterer Grund dafür, daß die Zahl der maskulinisierenden Operationen in den letzten Jahren stetig zugenommen hat.“¹⁰² Wird also im Westen bei intersexuellen Kindern eher eine Verweiblichung betrieben, wird in anderen Kulturkreisen eher vermännlicht.¹⁰³

Nun ist es zwar sicherlich richtig, davon auszugehen, dass es in unterschiedlichen Kulturkreisen auch unterschiedliche männliche und weibliche Existenzweisen gibt. Dass allerdings auch in westlichen Gesellschaften kohabitationsfähige Männer höher angesehen werden und das Stehpinkeln nach wie vor eine Bastion der Männlichkeit darstellt, ist kein Geheimnis. Und so verwundert es nicht, dass MedizinerInnen an operativen Vermännlichungstechniken forschen. Leitsch schreibt: „Ebenfalls entscheidend in bezug auf die Wahl des kindlichen Geschlechts sind das Können und die Erfahrung des behandelnden Operateurs. Galt früher im Zweifelsfalle eher zu verweiblichen, erlangt in der heutigen Zeit die Maskulinisierung mehr und mehr auch bei

¹⁰⁰Das Zitat 'It's easier to make a hole than to build a pole' ist laut Internet (<http://www.bodieslikeours.org/girlfriendsarticle/girlfriends5.html>) von einem Doktor der John-Hopkins University (vgl.: Protokoll unserer AG-Sitzung vom 8. Juni 2004).

¹⁰¹Heldmann, Anja, Jenseits von Frau und Mann, Intersexualität als Negation der Zweigeschlechtlichkeit, In: Differenz und Geschlecht: neue Ansätze in der ethnologischen Forschung, Berlin 1998, S. 59f.

¹⁰²Leitsch, Dominik, Die Intersexualität, Diagnostik und Therapie aus kinderchirurgischer Sicht, Dissertation, Universität Köln, 30. Mai 1996, S. 131.

¹⁰³Protokoll unserer AG-Sitzung vom 1. Juli 2004.

höhergradigen intersexuellen Genitalien an Bedeutung. So führten verbesserte Operationsmethoden, besonders in bezug auf die Rekonstruktion der maskulinen Harnröhre und die Schaffung kinderurologischer Zentren, zu einer zunehmenden Anzahl von Vermännlichungen bei Kindern mit intersexuellen Fehlbildungen.¹⁰⁴ Interessant an dieser Dissertation von 1996 ist noch, dass verschiedene Kulturkreise („mohamedanische Eltern“) betrachtet werden und dadurch ein kleines Stück weit der medizinische Universalitätsanspruch aufgegeben wird.¹⁰⁵ (Siehe hierzu auch Kapitel 4.3.: Zum Verhältnis von sex und gender bei Intersexualität).

6. Die doppeldeutige Rede von der Konstruierbarkeit des Geschlechts

Von Seiten kritischer selbstorganisierter Intersexueller gibt es eine scharfe Kritik an den Gender Studies und den sozialkonstruktivistischen Thesen des postmodernen Feminismus. So schreibt Michel Reiter, die Theorie sozialer Konstruktion von Geschlecht klinge wie eine Gebrauchsanweisung für ÄrztInnen, die Intersexuelle umoperieren. „Der als biologistisch diskreditierte Humanwissenschaftler ist in Wirklichkeit ein Sozialkonstruktivist.“¹⁰⁶ Damit wird die Gemeinsamkeit von biologistischen MedizinerInnen und feministischen Konstruktivistinnen hervorgehoben. Weiter kritisiert er, dass „alle feministischen Geschlechterdiskurse“ auf der Existenz zweier Geschlechter aufbauten. Die ‚Mainstream-Geschlechterwissenschaft‘ sei unfähig, den Komplex Intersexualität aufzugreifen. Zu Judith Butler bemerkt er: „Gleichfalls verschwinden aus dem diskursiven Horizont all jene Bereiche, in denen Hierarchie und Gewalt eine Rolle spielen.“ Wo die „gewaltsame Herstellung der Bipolarität soziale Praxis ist“, sei es zynisch, sie als bloße Sprechakte zu bezeichnen.¹⁰⁷ Dass der Begriff der Konstruktion von Geschlecht im Angesicht körperlicher Gewalt in einem neuen Licht erscheint, haben wir auch in unseren Sitzungen besprochen.¹⁰⁸ Der Knackpunkt ist hier also, dass sich Gender Studies und Medizin in der Behauptung einer Konstruierbarkeit von Geschlecht treffen.

An dieser Stelle bedarf es jedoch einer genaueren Betrachtung der Konstruktionsmodelle, da die Medizin von einer ‚Konstruierbarkeit‘ des Geschlechts ausgeht, diskurstheoretische Ansätze - insbesondere der Judith Butlers - aber von einer ‚Konstruiertheit‘ (die überwiegend unbewusst abläuft) des Geschlechts. Butler klammert in ihren Ausführungen die Komponente der Gewalt keineswegs aus. Außerdem stellt sie die Frage, wie die Kategorien von ‚Mann‘ und ‚Frau‘

¹⁰⁴Leitsch, Dominik, Die Intersexualität, Diagnostik und Therapie aus kinderchirurgischer Sicht, Dissertation, Universität Köln, 30. Mai 1996, S. 130.

¹⁰⁵Protokoll unserer AG-Sitzung vom 24. Juni 2004.

¹⁰⁶Reiter, Michel, Theoretische Differenz, symbolische Nähe, in: Gigi Nr. 6, März / April 2000, S. 22.

¹⁰⁷Reiter, Michel, Theoretische Differenz, symbolische Nähe, in: Gigi Nr. 6, März / April 2000, S. 23.

¹⁰⁸Protokoll unserer AG-Sitzung vom 1. Juli 2004.

performativ hergestellt werden. Durch dieses Hinterfragen wird deutlich, dass bei deren Herstellung Ausschlussverfahren mächtig sind, die Menschen 'anderen' Geschlechts verschwinden lassen, beziehungsweise wieder unter der neuen Kategorie 'Intersexuell' an den Rand des heteronormativen Spektrums setzen.

Ebenso wie die dichotomen Geschlechterkategorien 'Mann' und 'Frau' muss das so genannte dritte Geschlecht mit den zahlreichen Namen intersexuell, Hermaphrodit oder Zwitter als konstruiert von aktuellen, kulturellen, sowie historisch diskursiven Prozessen verstanden werden.

Das dichotome, heteronormative Geschlechtermodell ist einer der Eckpfeiler der gesellschaftlichen Ordnung. Insofern wird alles in den Bereich des Unnatürlichen, Pathologischen und Anomalen verwiesen, was diese Ordnung in Frage stellt. Menschen, die bei ihrer Geburt nicht eindeutig einem Geschlecht zugeordnet werden können, werden von Medizin und Justiz so lange befragt und begutachtet, bis dies scheinbar doch möglich ist. Diese Praxis tradiert sich über das 20. bis in das 21. Jahrhundert.¹⁰⁹ Auf perfide Art und Weise modernisieren sich die medizinischen Diskurse. Die Psychiatrie und Psychoanalyse geben der Herstellung von eindeutigen Geschlechtern neue Befragungsmethoden an die Hand. Medizinische Fortschritte, wie plastische Chirurgie oder Genomanalyse ermöglichen eine schmerzhaft, Menschenrechte verletzende Konstruktion eines so genannten eindeutigen Geschlechts mit dem Skalpell. Das Prinzip bleibt das gleiche wie in den vorangegangenen Jahrhunderten: gesellschaftliches Denken und Politik funktionieren über Identität stiftende Diskurse, die Verwerfungen und Ausgrenzungen in Form von nicht Kategorisierbarem produzieren. Es ändern sich lediglich die Vorzeichen, unter welchen Realität performativ hergestellt wird. So verwundert es nicht, dass im Mittelalter Geschlechterkategorien anders durchlässig sind, da gesellschaftliche Identität vorrangig über die feudale Ständeordnung hergestellt wird. Mit Beginn der bürgerlichen Gesellschaft bedarf es aufgrund der zunehmenden politisch-gesellschaftlichen Relevanz der Kategorie Geschlecht eines statischeren Modells von Zweigeschlechtlichkeit. Folter an geschlechtlich nicht zuordnenbaren Menschen wird in der Gegenwart von medizinisch-psychologischer Seite mit der ansonsten eingeschränkten Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen gerechtfertigt. Auffallend ist, dass beispielsweise soziologische¹¹⁰ sowie ethnologische¹¹¹ Texte zu Intersexualität und Geschlechterverhältnissen sich an Judith Butlers These der performativen Konstruktion von gender und insbesondere sex abarbeiten. Immer wieder wird auf die Existenz von zwei real wahr-

¹⁰⁹ Zum historischen Diskurs über Intersexualität, vgl. Kapitel 3.

¹¹⁰ An folgendem Text ist dies exemplarisch festzustellen: Hirschauer, Stefan, Wie sind Frauen, Wie sind Männer? Zweigeschlechtlichkeit als Wissenssystem, in: Christiane Eifert und andere (Hg.): Was sind Frauen? Was sind Männer?, Geschlechterkonstruktion im historischen Wandel, Frankfurt am Main 1996, S. 240-256.

„So findet sich in Judith Butlers postmodernem Dekonstruktionsversuch der Geschlechtskategorien das Postulat, der Geschlechtsunterschied sei eine 'Fiktion' oder eine bloße 'Kopie ohne Original'. Diese Rhetorik der Irrealisierung ist immer noch befangen in der ständigen Abwehr des biologischen Realismus, den wir alle teilen.“ ebd., S. 241.

¹¹¹ vgl. Heldmann, Anja, Jenseits von Frau und Mann, Intersexualität als Negation der Zweigeschlechtlichkeit, In: Differenz und Geschlecht: neue Ansätze in der ethnologischen Forschung, Berlin 1998.

nehmbaren, wenngleich konstruierten, Geschlechtern beharrt, sowie der Aspekt der realen Leiblichkeit betont. Zum einen rührt dies wahrscheinlich von der oft missverstehenden Rezeption Butlers her. Sie wurde fälschlicherweise oft so verstanden, dass performativ hergestellte Realität nicht existent und greifbar oder willkürlich ist. Andererseits ist dieses Festhalten am real existierenden, vergeschlechtlichten Körper nicht nachvollziehbar, betrachtet man beispielsweise eine Anmerkung Butlers zur Performativität:

„Diese [performative] Wiederholbarkeit impliziert, dass die ‘performative Ausführung’ keine vereinzelte ‘Handlung’ oder ein vereinzeltes Vorkommnis ist, sondern eine ritualisierende Produktion, ein Ritual, das unter Zwang und durch Zwang wiederholt wird, unter der Macht und durch die Macht des Verbots und des Tabus, bei Androhung der Ächtung und gar des Todes, die die Form der Produktion kontrollieren und erzwingen, die sie aber nicht, darauf lege ich Nachdruck, im voraus vollständig determinieren können.“¹¹²

Gerade wenn wir, unsere Körper, unsere Leiber, unser Denken, verhaftet sind in einer gesellschaftspolitischen Realität der Zweigeschlechtlichkeit und wenn diese Dichotomie Leid produziert, indem sie Menschen zwingt, sich ihr anzupassen, ist es wichtig, die Prozesse zu hinterfragen, die diese Realität herstellen. Wenn Menschen nur existenzfähig sind, sofern sie einer Kategorie in einer dichotomen Geschlechterrealität zugeordnet werden können, so sollte diese Realität hinterfragt und verändert werden. Da wir jedoch alle in dieser Realität verhaftet sind, ist eine Veränderung nur dann möglich, wenn Herstellungsprozesse zu Bewusstsein gebracht werden.

Aufschlussreiche Gedanken darüber gibt beispielsweise das Verständnis Butlers von Performativität an die Hand. Wenn die ritualisierte Herstellung von Geschlechtern unter dem Zwang, diese herzustellen geschieht, dann hat das zur Folge, dass sie mit allen Mitteln vollzogen wird. Einfacher gestalten sich solche Prozesse bei Menschen, die bei ihrer Geburt gemäß der gesellschaftlichen Konventionen Anhaltspunkte für die Zuordnung zu einem Geschlecht mit sich bringen. Ist das nicht der Fall, werden Verbot und Tabu mächtig. Menschen mit nicht eindeutigen äußerlichen Geschlechtsmerkmalen müssen aus dem ausgegrenzten gesellschaftlichen Tabubereich mit Gewalt herausgeholt werden, um in der gesellschaftlichen Ordnung leben zu können. Die dezidierte Abgrenzung von der Konstruktionsthese Butlers führt zu einer weiteren Spur: Auch ethnologische und soziologische Wissenschaft sind situiert in einem kategorisierenden Denken. Gerade in der Soziologie sind Geschlechterkategorien notwendig, um zu Forschungsergebnissen zu gelangen. Dekonstruierendes – immer zugleich rekonstruierendes – Denken in diesen Disziplinen würde eine Doppelung der wissenschaftlichen Arbeit bedeuten. Es würde bedeuten, Ergebnisse immer gleichzeitig zu hinterfragen. (Konkret würde das beispielsweise bei dem Soziologen Hirschauer, der

¹¹² Butler, Judith, Körper von Gewicht, 1997, Frankfurt am Main, S. 139.

von der Geschichte der Homosexualität berichtet, bedeuten: es müsste mit gefragt werden, wie die Kategorie Homosexualität mit der von ihm beschriebenen Wissensgeschichte gleichzeitig reformuliert wird¹¹³.)

Hier zeigt sich ein weiterer Punkt, dem Wissenschaft Rechnung tragen sollte, interdisziplinäre Geistes- und Gesellschaftswissenschaft sowie medizinische: sie kann den Menschen, den Einzelnen, der Einzigartigkeit nicht oder nur unzulänglich gerecht werden.¹¹⁴ Es besteht eine Diskrepanz zwischen wissenschaftlichem Herangehen, das selten den Menschen in seiner Gesamtheit, immer jedoch auch die Herausbildung der eigenen Theorie meint und nur unzulänglich die Lebensrealität der bestenfalls wissenschaftlich beschriebenen Menschen. Gleichzeitig ist dieser Widerspruch ein diskursiver Zirkelschluss: die Theorie, welche die Zweigeschlechtlichkeit in Frage stellt, gibt so genannten intersexuellen Menschen Denk- und Handlungsmöglichkeiten, gleichzeitig werden diese von eben der Theorie kategorisiert. So gilt wohl die Forderung des Rechts über sich selbst zu bestimmen, über die körperliche Unversehrtheit, sowie die Definition oder Nichtdefinition einer Identität, nicht nur gegenüber der Medizin, sondern gegenüber jedweder wissenschaftlicher Theoriebildung. Dies zusammengedacht mit Michel Reiters Vorbehalten gegenüber der Dekonstruktion führt zu einem Widerspruch der nicht aufzulösen ist. Gemäß der Argumentation, den einzelnen Menschen vor die Theoriebildung zu setzen, darf sein Einwand nicht an Gewicht verlieren, andererseits sollte damit aber auch nicht ein genaues Lesen der Konstruktionstheorie Butlers blockiert werden.

6.1. Ausblick in die Vielgeschlechtlichkeit jenseits fester Identitäten

Anja Heldmann fragt, ob mit der Dekonstruktion der 'Natur der Zweigeschlechtlichkeit' die Entmaterialisierung von Körpern einhergehen muss? Sie verneint dies: „Die psychischen und physischen Narben, die Schmerzen der operierten Körper von Intersexuellen sind so real, dass es als Hohn erscheint, bereits ihre 'ursprünglichen' Körper für konstruierte zu halten.“¹¹⁵. Intersexualität als Negation der Zweigeschlechtlichkeit bedeutet nicht, mit Geschlechtern in Form einer Maskerade oder Travestie lediglich zu spielen, es erfordert eine grundsätzlichere Veränderung des polaren Denkens bezüglich einer pluralen Geschlechterdifferenz jenseits der Kategorien 'Frau' und 'Mann'. Heldmann fordert nicht einen „selbstmitleidigen Blick“ auf das „schwache Geschlecht“, wie es die feministische Bewegung lange Zeit propagiert hat, sondern auf die gewaltsame Eliminierung sog.

¹¹³ Hirschauer, Stefan, Wie sind Frauen, Wie sind Männer? Zweigeschlechtlichkeit als Wissenssystem, in: Christiane Eifert und andere (Hg.): Was sind Frauen? Was sind Männer?, Geschlechterkonstruktion im historischen Wandel, Frankfurt am Main 1996, S. 240-256.

¹¹⁴ vgl. auch Kapitel 7.1.

¹¹⁵ Heldmann, Anja, Jenseits von Frau und Mann, Intersexualität als Negation der Zweigeschlechtlichkeit, In: Differenz und Geschlecht: neue Ansätze in der ethnologischen Forschung, Berlin 1998, S. 56.

zwischen-geschlechtlicher Menschen.

Wir befinden uns hier in einer argumentativen Zwickmühle: einerseits muss von Zweigeschlechtlichkeit als Konstruktion und von konstruierten Körpern ausgegangen werden, die dieses Modell bedienen, andererseits muss auf der 'Substanz' von Körpern bestanden werden, um Intersexuellen nicht erneut den Ort ihrer Präsenz zu nehmen. Heldmann plädiert von daher für die Beibehaltung der Kategorien gender und sex. Die vielfältigen Formen der Intersexualität und die Schwierigkeit der Medizin, diese zu kategorisieren, machen deutlich, dass die körperlichen Merkmale intersexueller Körper nicht lediglich als eine Mischung der definierten weiblichen und männlichen Körpermerkmale anzusehen sind, sondern jeder Körper für sich eine eigene körperliche Geschlechtskategorie darstellt. Dadurch wird der Begriff der Intersexualität obsolet. In diesem Sinne plädiert Heldmann für andere Begrifflichkeiten. Sie schlägt 'Vielgeschlechtlichkeit' vor; 'Frau' und 'Mann' definierten dann lediglich zwei Möglichkeiten der Geschlechterformen unter vielen.¹¹⁶

Was theoretisch so einfach formuliert wird, gestaltet sich in der Praxis als nicht unbedingt einfach. Das Wissen um den Körper, das u. a. durch die Biologie und Medizin geprägt ist, erlaubt es nicht, Leib-erfahrungen und -wahrnehmungen unpolar zu erleben. Die Menschen in unserer Kultur können nur anhand binär gestalteter Körperdifferenz die Geschlechter 'Frau' und 'Mann' wahrnehmen. In Begegnungen mit Intersexuellen fällt auf, wie dominant dieses binär gestaltete Körperwissen ist. So werden oft in der unmittelbaren Konfrontation mit einem intersexuellen 'Leib' an seinem/ihrem 'Körper' Merkmale gesucht, die sich nur an der Kategorien 'Frau' und 'Mann' zu orientieren scheinen. Durch eigenes Körperwissen wird versucht, den Leib in binäre Geschlechtermerkmale zu strukturieren. Da dies unmöglich gelingen kann, tritt zunächst Verwirrung auf. Erst wenn eigenes Körperwissen vergessen wird, besteht die Möglichkeit, dem Menschen gegenüber gerecht zu werden. Geht es aber andererseits nicht genau darum, dieses Wissen gerade nicht zu vergessen? Geht es nicht vielmehr darum, sich des eigenen Verhaftet-Seins in der binären Ordnung bewusst zu werden? Erst mit einem Bewusstsein für diese Kategorien ist es möglich, mehr als nur den in der Kategorie verhafteten Menschen zu sehen. Durch diesen erweiterten Blick kann es gelingen, geschlechtliche Körper in mehr als zwei Varianten zu erfassen. Durch die Konfrontation mit Intersexuellen ergibt sich aber die viel grundsätzlichere Herausforderung, identitätskonstituierende Prozesse immer wieder zu hinterfragen, um vielleicht irgendwann Identität unabhängig von Geschlecht denken zu können. Eine Differenz der Geschlechter jenseits der Zweigeschlechtlichkeit sehen zu können, bedeutet, sich ein völlig neues Wahrnehmen, Denken und Wissen anzueignen, das die Menschen in ihren vielfältigen Geschlechtern belassen kann.¹¹⁷

¹¹⁶ebd., S. 55-57 und 71.

¹¹⁷ebd., S. 69f.

7. Politisch-strategischer Teil

7.1. Zur Instrumentalisierung von Intersexuellen

In unseren Diskussionen ist uns klar geworden, dass die Gefahr besteht, Intersexuelle zu instrumentalisieren. Es ist bemerkenswert, dass hier die Nicht-Intersexuellen über das Andere sprechen – anstatt über sich, über `Normalität`. Intersexualität wird gerne als Beispiel genommen, um anderen zu erklären, was `gender` etc. ist. Um Zweigeschlechtlichkeit jedoch zu erklären, muss man nicht Intersexualität nehmen, sondern kann auch bei sich selbst anfangen! Ansonsten wird stets das sensationelle, exotische Andere gegenüber gestellt. Mit der umgekehrten Intention wird nachvollzogen, was in den Medizinbüchern passiert, in denen das Normale aus der Anormalität heraus erklärt wird. Die Dekonstruktion kann und sollte aber nicht in den gleichen Bahnen wie die Konstruktion verlaufen.¹¹⁸ Intersexuelle sind immer im Fokus der akademischen Apparate: Nach der Medizin werden sie nun von den Sozialwissenschaften als Forschungsobjekt entdeckt.

7.2. Diskussion um den Opferbegriff

Außerdem hatten wir eine Diskussion um den Opferbegriff: Können Intersexuelle als `medizinische Folteropfer` betrachtet werden? Einerseits sind Intersexuelle Opfer des medizinischen Komplexes, weil sie sich als Kinder nicht wehren können. Andererseits ist die Bezeichnung `Opfer` stark vereinfachend: etwaiger Widerstand gegen den Eingriff wird nicht sichtbar. Wenn Intersexuelle diesen Begriff zur Selbstbeschreibung benutzen würden, wäre es vielleicht etwas anderes. TäterInnen gibt es aber ganz klar: MedizinerInnen, JuristInnen, Eltern. Oder? Haben nicht auch diese Personen noch mehr Dimensionen? Was ist mit der Bezeichnung 'Betroffene'? Sie ist weniger schematisch und stellt die gemeinsam gemachten Erfahrungen von Intersexuellen heraus.

Auch in Punkto gemeinsamer politischer Organisation sind zunächst die Besonderheiten der Situation Intersexueller zu analysieren, bevor gemeinsame Interessen behauptet werden:

7.3. Zur Differenz zwischen Homo- / Trans-sexuellen und Intersexuellen

Nachdem uns die verbrecherische Rolle der Medizin deutlich geworden war, diskutierten wir verschiedene Formen des Widerstands gegen diese Praktiken. Eine wichtige Frage war dabei, ob Intersexuelle sich nicht mit der Lesben- und Schwulenbewegung verbünden müssten, um mehr

¹¹⁸ Protokoll unserer AG-Sitzung vom 1. Juli 2004.

Aufmerksamkeit für ihr Anliegen zu bekommen. Diese Möglichkeit wäre nur dann praktikabel, wenn die entscheidenden Differenzen zwischen diesen Gruppen nicht nivelliert werden, lautet unsere These. Weshalb dies so wichtig ist, erläutert Georg Klauda in seinem - für uns sehr wichtigen - Text „Fürsorgliche Belagerung“: Er schreibt dort, es gebe zwei Modelle, die sich im medialen Diskurs um Intersexualität der „Stabilisierung unseres Wissens über männlich und weiblich“ verschrieben hätten: Zum einen das Krankheitsmodell der ÄrztInnen, das Intersexualität pathologisiert und sie als Entwicklungsstörung darstellt. Auf der anderen Seite nennt er die von Homosexuellen als Minderheit übernommene Praxis, Intersexuelle als „klar abgegrenzte Gruppe von Personen zu definieren, denen die Abweichung von der Norm als ihre besondere Eigenschaft zukommt. Diese Gruppe wird als das Andere konstruiert und trägt so dazu bei, die Norm zu befestigen (...).“¹¹⁹ Er kritisiert, dass Lesben und Schwule Transsexuelle `kolonialisieren`, also eingemeinden, und Transsexuelle wiederum Hermaphroditen. Damit werde die Differenz gelehnet, die zwischen den einzelnen Gruppen besteht. Transsexuelle könnten sich nicht als Intersexuelle bezeichnen, weil „genau die Operationen, die Ihnen den Geschlechtsübergang erleichtern sollen, unter Umständen an der Verstümmelung von Hermaphroditen entwickelt wurden.“ An ihnen sei schließlich auf katastrophale Weise versucht worden, ein Geschlecht zu konstruieren. Das „Anerkennungsmodell“ von Lesben und Schwulen könne deshalb nicht auf Hermaphroditen übertragen werden.¹²⁰ Klauda schreibt als Fazit: „wir werden nicht darum herumkommen, unser Zweigeschlechtermodell gründlich zu revidieren, statt es durch das Minderheitenmodell zu reparieren.“ Hermaphroditen könnten nicht unter Zeichen wie `queer` oder `transgender` subsumiert werden, kritisiert Klauda.¹²¹ Die zentrale These, der wir uns angeschlossen haben, ist hier also, dass sich die Problematik von Coming-out und gesellschaftlicher Anerkennung, die für Schwule, Lesben und Bisexuelle entscheidend ist, wesentlich von dem Anliegen von Menschen mit medizinischer Gewalterfahrung unterscheidet, die in erster Linie „medizinische Folteropfer“ seien.¹²² Von daher sind auch die politischen Forderungen grundlegend andere: Transsexuellen geht es um die Anerkennung ihres umgewandelten Geschlechts, während es Intersexuellen um die Anerkennung und vor allem um den Erhalt ihres angeborenen Geschlechts und um die Beendigung einer invasiven Medizin geht.¹²³

¹¹⁹ Siehe hierzu auch unsere Diskussion zum Begriff Intersexualität im Kapitel 2 dieser Arbeit.

¹²⁰ Klauda, Georg, Fürsorgliche Belagerung, Out of Dahlem, Nr. 1, Dezember 2000, S. 42.

¹²¹ Klauda, Georg, Fürsorgliche Belagerung, Out of Dahlem, Nr. 1, Dezember 2000, S. 42.

¹²² Klauda, Georg, Fürsorgliche Belagerung, Out of Dahlem, Nr. 1, Dezember 2000, S. 41.

¹²³ Heldmann, Anja, Jenseits von Frau und Mann, Intersexualität als Negation der Zweigeschlechtlichkeit, In: Differenz und Geschlecht: neue Ansätze in der ethnologischen Forschung, Berlin 1998, S. 70.

7.3.1. Konzept des Dritten Geschlechts führt zu Pathologisierung

Klauda weist aber noch auf einen weiteren Punkt hin: Mit der Verwischung der Unterschiede zwischen Schwulen, Lesben und Transsexuellen auf der einen Seite und Intersexuellen auf der anderen Seite werde „das von der Sexualmedizin begründete Konzept des Dritten Geschlechts aus der Anfangszeit des 20. Jahrhunderts neu aufgelegt“. Wenn dann die Medizin unter diesem Oberbegriff wieder unterschiedslos Transsexuelle, Homosexuelle und Hermaphroditen zusammenfassen könne, hätten auch Lesben und Schwule eine „pathologische Medizin wieder am Hals“.¹²⁴

Da die Varianzen geschlechtlicher Differenzen sehr unterschiedlich sind, kann in einem anatomischen Sinne nicht von einem ‚Dritten Geschlecht‘ gesprochen werden, hebt auch Reiter hervor.¹²⁵ Vor allem aber sei es schädlich, die Grenzen zwischen Transsexuellen und Intersexuellen zu verwischen, weil MedizinerInnen und PsychiaterInnen ihre pathologisierte Klientel dann ausdehnen könnten. Als Beispiel zitiert er den Repromediziner Milton Diamond, der Geschlechter nicht mehr anhand der Genitalien unterscheiden will, sondern anhand von „geschlechtlichen Verhaltensabweichungen“. Die ‚Abnormalitäten‘, die Schwule, Lesben, Transen und Zwitter konstituieren, gelten als „somatisch verortbar – erklärbar mal entlang einer genetischen Mutation, mal nach hormonell veränderter Ausprägung des zentralen Nervensystems bzw. des Corpus Callosum und mal nach normabweichenden Regelkreisläufen zwischen Nebennierenrinde und Hirnanhangdrüse.“¹²⁶ Wohin das führt, zeigt das folgende Beispiel: Klauda erwähnt, dass an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf sowie an der Uni Lübeck ein ‚millionenschweres Forschungsprojekt‘ angelaufen sei, das sich „Störungen der körpergeschlechtlichen Entwicklung und Intersexualität“ widmen möchte. In einem ersten Schritt werde mit einem Umfrage-Bogen ein Daten-Profilung „nicht nur von Hermaphroditen, sondern auch von Transsexuellen sowie Lesben und Schwulen durchgeführt.“¹²⁷

8. Politische Forderungen

Gegen Ende unserer Beschäftigung mit Intersexualität drängte sich uns die Frage auf, welche politischen Forderungen sich aus den erarbeiteten Texten ergeben.¹²⁸ Dabei haben wir verschiedene Adressaten unterschieden:

¹²⁴ Klauda, Georg, Fürsorgliche Belagerung, Out of Dahlem, Nr. 1, Dezember 2000, S. 42.

¹²⁵ Reiter, Michel, „Ein normales Leben ermöglichen“, in: Gigi Nr. 8, Juli / August 2000, S. 8.

¹²⁶ Reiter, Michel, Hurra - das neue Transschanda!, in: Gigi Nr. 11, S. 23.

¹²⁷ Klauda, Georg, Fürsorgliche Belagerung, Out of Dahlem, Nr. 1, Dezember 2000, S. 42.

¹²⁸ Forderungen von Intersexuellen sind u.a. zu finden in dem Text: Reiter, Michel, „Ein normales Leben ermöglichen“, in: Gigi Nr. 8, Juli / August 2000, S. 11.

Forderungen gegenüber der Medizin als akademischer Disziplin und operierendem Apparat:

- Anerkennung der Behandlung an Intersexuellen vor Einwilligungsfähigkeit als Straftat und Menschenrechtsverletzung,
- Eine unbedingt zu schaffende gendersensible Medizin muss deshalb diese Operationen und Hormonverabreichungen sofort einstellen,
- Eine Veränderung der Lehrpläne des Medizinstudiums ist dringend notwendig: Es darf nicht sein, dass im Medizinstudium nur medizinisches Fachwissen auswendig gelernt wird, ohne eine Selbstreflektion über das spätere Tun zu erlernen,
- Die Trennung zwischen den „two cultures“, wie J. P. Snow die Bereiche der Natur- und der Geisteswissenschaften genannt hat, muss aufgehoben werden, indem die – in den Geisteswissenschaften teilweise schon lange übliche – Inter- und Transdisziplinarität auch in der Medizin eingeführt wird.¹²⁹

Forderungen an den Staat:

- Kein Eintrag des Geschlechts in den Pass.
- Opferentschädigungszahlungen zur Gewährleistung eines Lebensunterhalts
- Adoptionsvermittlung¹³⁰

Forderungen an die Gesellschaft:

- Es ist eine veränderte Wissensproduktion anzustreben: Das Geschlecht soll für die eigene Identität nicht so wichtig sein. Geschlechtliche Ambiguität ist gegenüber einer Eigentlichkeit hochzuhalten. Identitäten sollen vielfältig, nicht auf zwei beschränkt sein. Dieser multisexuellen Gesellschaft müsste allerdings eine Kulturrevolution voran gehen.¹³¹
- Bis dahin gilt es, Intersexuelle gesellschaftlich sichtbar zu machen und ihnen einen Platz in der Gesellschaft einzuräumen. Dazu gehört u.a. eine Änderung der pädagogischen Lehrpläne in der Schule. Zu den Veränderungen in der Schule müsste auch eine Überarbeitung der anatomischen Abbildungen z. B. in Biologie-Schulbüchern gehören. Dazu schreibt Reiter: „Das vereindeutigte und in zwei Kategorien geteilte anatomische Geschlecht, wie es in Lehrbüchern und durch Erzählungen als Kombination aus Eierstock/Hoden, Behaarungstypen, etc. verhandelt wird, existiert überhaupt nicht und seine vorgebliche Natürlichkeit ist eine Farce.“¹³²

¹²⁹ Protokoll unserer AG-Sitzung vom 1. Juli 2004.

¹³⁰ Reiter, Michel, „Ein normales Leben ermöglichen“, in: Gigi Nr. 8, Juli / August 2000, S.11.

¹³¹ Protokoll unserer AG-Sitzung vom 1. Juli 2004.

¹³² Reiter, Michel, Theoretische Differenz, symbolische Nähe, in: Gigi Nr. 6, März / April 2000, S. 22.

9. Resumee

Im folgenden möchten wir keine ausführliche Zusammenfassung des Forschungsberichtes geben, sondern die wichtigsten Ergebnisse noch einmal kurz wiedergeben. Folgende Punkte waren für unsere Arbeitsgruppe besonders wichtig: Der Blick in die Geschichte zeigte uns, dass der Wechsel des Geschlechts erst seit dem 19. Jahrhundert verboten ist, nachdem sich der biologisch-medizinische Apparat installiert hat. Dabei kristallisierte sich für uns die Erkenntnis heraus, dass gesellschaftliche Diskurse gewalttätig zum Offenbarungseid zwingen können, ohne dass eine aktive Person, ein Täter verantwortlich sein muss.¹³³

Zur Frage, weshalb Intersexuelle operiert werden, haben wir diverse medizinische Texte durchgearbeitet. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Sexualmedizin Intersexualität als schwerwiegende Störung sieht. Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität wird von den MedizinerInnen für normal gehalten. Die MedizinerInnen behaupten, eine geschlechtsspezifische Erziehung sei nur möglich, wenn körperlich-morphologisches und nach der Geburt zugewiesenes bürgerliches Geschlecht übereinstimmen. Wenn dies nicht der Fall ist, sei eine psychosozial normale Entwicklung des Kindes nicht gewährleistet. Es hätte dann keine erfüllende Sexualität. Oberstes Ziel ist dabei die Kohabitationsfähigkeit: Es muss eine Koitusfähigkeit des Geschlechtsorgans hergestellt werden. Menschen mit einem dritten oder neutralen Geschlecht würden diskriminiert werden. Deshalb ist oberstes Ziel, ein eindeutiges Geschlecht zu erzeugen. Entscheidend sei die Leid vorbeugende, bald nach der Geburt vorgenommene Korrektur. Hierbei sei es zweitrangig, ob eine Vermännlichung oder Verweiblichung vorgenommen wird. Um auch das sozial gelebte Geschlecht auf den korrigierten operierten Körper zu eichen, wird im Anschluss eine Psychotherapie empfohlen. Der biologische sex wird also entsprechend dem herrschenden gender-Modell geformt, das soziale Geschlecht erschafft das biologische. Es zeigt sich, dass es bei den geschlechtlichen Normierungen keineswegs um die Interessen der Betroffenen, sondern um die Absicherung dichotomer Geschlechterverhältnisse geht.¹³⁴ Intersexualität wird mittels der binären Geschlechternorm zugleich hervorgebracht wie verboten.¹³⁵

Im krassen Gegensatz zu den ärztlichen Konzepten stehen die Erfahrungen der operierten Menschen. Sie sehen die Operationen nicht als Wohltat zur Verhinderung von Leid, sondern als Folter. Ihr Körper wird mit Gewalt gezwungen, ein anderer zu sein, sie werden mit Gewalt in ein kulturelles Raster gepresst, in das sie nicht hineinpassen. Hinzu kommt die sexualisierte Gewalt durch die behandelnden Ärzte, etwa bei der Bougierung (‘Dehnung’) der Scheide. Da die

¹³³ Protokoll unserer AG-Sitzung vom 8. Juni 2004.

¹³⁴ Engel, Antke, ene mene meck und du bist weg – über die gewaltsame herstellung der zweigeschlechtlichkeit.

¹³⁵ Engel, Antke, ene mene meck und du bist weg – über die gewaltsame herstellung der zweigeschlechtlichkeit.

medizinische Selbstlegitimation mit diesen Ausführungen also hinfällig ist, muss es einen anderen Grund dafür geben, dass Intersexuelle zwangsoperiert werden. Wir sind zu dem Schluss gekommen, dass Intersexuelle für die herrschenden Geschlechterverhältnisse eine Bedrohung darstellen. Sie offenbaren die zwangsheterosexuelle Zweigeschlechtlichkeit nur zu offensichtlich als kulturelles Artefakt. Sie stürzen das System in eine Identitätskrise. Demnach schützt der ärztliche Präventionsgedanke also 'die Gesellschaft' vor Intersexuellen, nicht etwa Intersexuelle vor 'der Gesellschaft'. Individuell kann nicht gelöst werden, was nur gesellschaftlich geht.

Von sexueller Gewalt wird in westlichen Ländern nur gesprochen, wenn es um außereuropäische Kulturen, etwa die Genitalverstümmelung in Afrika geht. Damit wird in rassistischer Weise davon abgelenkt, dass auch im aufgeklärten Westen Folter und Verstümmelung durch die moderne Medizin an der Tagesordnung ist. Diese Fakten passen aber nicht zum kolonialen, paternalistischen Blick, den auch manche Feministin auf die „armen Frauen“ in Afrika fallen lässt. Diskursive Ein- und Ausschlussregeln fielen uns auch bei der gesamten Rezeption medizinischer Literatur auf: Medizinische Diskurse können es sich leisten, völlig ohne Bezugnahme auf feministische Diskurse zu existieren, die die Geschlechterkonstruktion kritisch hinterfragen. Naturwissenschaftliche Diskurse weisen allerdings unterschiedliche Durchlässigkeiten auf. In der Biologie ist es beispielsweise üblicher, Kritik aus der eigenen Disziplin heraus zu leisten (siehe etwa Donna Haraway etc.) als im Bereich der Medizin, wo die AutorInnen mancher wichtiger Standardwerke noch nie etwas von feministischer Naturwissenschaftskritik gehört zu haben scheinen und ihre Theorieproduktion seit Jahrzehnten unfassbar hermetisch ist.

Als Ausblick steht für uns fest, dass eine grundsätzlichere Veränderung des polaren Denkens in Richtung einer pluralen Geschlechterdifferenz, einer Vielgeschlechtlichkeit jenseits der Kategorien 'Frau' und 'Mann' dringend notwendig ist. Zum Schluss möchten wir noch auf die Gefahr hinweisen, dass Operationen an Intersexuellen aufgrund der zunehmenden öffentlichen Kritik bald durch unauffälligere vorgeburtliche Elimination abgelöst werden könnten. Zur Frage, ob Intersexuelle bereits heute durch ein systematisches pränatales Screening ausgefiltert werden, haben wir keine genauen Angaben gefunden. Es ist aber zumindest klar, dass Föten mit bestimmten, der Intersexualität zugerechneten Syndromen, nach §218a bis zum neunten Monat abgetrieben werden können, „wenn schwerwiegende Beeinträchtigungen des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren zu erwarten sind - mit anderen Worten, wenn das künftige Kind als nicht zumutbar gilt.“¹³⁶ Michel Reiter schreibt, über Pränataldiagnostik und In-Vitro-Fertilisation werde man „vermutlich schrittweise eine vollständige Elimination anstreben“.¹³⁷

¹³⁶ Reiter, Michel, Ein perfektes Verbrechen, in: Gigi Nr. 2, Juni / Juli 1999, S. 16. und Reiter, Michel, Theoretische Differenz, symbolische Nähe, in: Gigi Nr. 6, März / April 2000, S. 22 und Reiter, Michel, Hurra - das neue Transschändal!, in: Gigi Nr. 11, S. 23.

¹³⁷ Reiter, Michel, Medizinische Intervention als Folter, in: Gigi Nr. 9, Oktober / November 2000, S. 14.

10. Bibliographie

AGGPG/Michel Reiter (Hg.), It All Makes Perfect Sense – Ein Beitrag über Geschlecht, Zwitter und Terror, Bremen 2000.

Butler, Judith, Körper von Gewicht, Frankfurt am Main 1997.

Claus, Roman / u.a. (Hg.), Natur – Biologie für Gymnasien, 7.-10. Schuljahr, Band 2, Stuttgart/Düsseldorf/Berlin/Leipzig 1991, S. 271-334.

Das große Buch des Allgemeinwissens: NATUR, Stuttgart/Zürich/Wien, 1996, S. 358 + 805.

Engel, Antke, ene mene meck und du bist weg – über die gewaltsame herstellung der zweigeschlechtlichkeit

Fausto-Sterling, Anne, The Five Sexes, Revisited, in:

http://www.nyas.org/membersonly/sciences/sci0007/fausto_body.html, (Stand: 14. Februar 2001).

Fausto-Sterling, Anne, Sexing the Body, How Biologists Construct Human Sexuality, in:

<http://www.symposium.com/ijt/gilbert/sterling.htm>, (Stand: 13. Juni 2004).

Foucault, Michel, Das wahre Geschlecht, in: Schäffner, Wolfgang, Vogl, Joseph (Hg.), Herculine Barbin. Michel Foucault. Über Hermaphroditismus, Frankfurt am Main 1998.

Frey, G., Pädiatrie, Original-Prüfungsfragen mit Kommentar, Stuttgart–New York 2000.

Heldmann, Anja, Jenseits von Frau und Mann, Intersexualität als Negation der Zweigeschlechtlichkeit, in: Differenz und Geschlecht: neue Ansätze in der ethnologischen Forschung, Berlin, 1998, S. 54-77.

Hirschauer, Stephan, Wie sind Frauen, wie sind Männer? Zweigeschlechtlichkeit als Wissenssystem, in: Eifert, Christine u.a. (Hg.), Was sind Frauen? Was sind Männer? Geschlechterkonstruktionen im historischen Wandel, Frankfurt/Main 1996, S. 240-255.

Hoepffner, W. und Hesse V. (Hg.), Intersexualität im Kindesalter, Arbeitstagung der AG Pädiatrische Endokrinologie, Jena 1984.

Hoff, Peter / Jaenick, Dr. Joachim / Miram, Wolfgang (Hg.), Biologie heute 2G (Gymnasium), Hannover 1995.

Jäger, Ulle / Sälzer, Christian, entweder oder und der rest. transsexualität und transgender, in: diskus, Nr. 3, Frankfurt am Main, Dezember 1999, 48. Jahrgang, S. 29-33.

Klauda, Georg, Fürsorgliche Belagerung, Out of Dahlem, Nr. 1, Dezember 2000, S. 40-44.

Leitsch, Dominik, Die Intersexualität. Diagnostik und Therapie aus kinderchirurgischer Sicht, Inaugural-Dissertation, Köln 1996.

Minckwitz, Gunter von, Loibl, Sybille (Hg.), Gynäkologie und Geburtshilfe, Original-Prüfungsfragen mit Kommentar, Stuttgart/New York 2000.

Reiter, Michel, „Ein normales Leben ermöglichen“, in: Gigi Nr. 8, Juli / August 2000, S. 8-12.

Reiter, Michel, Ein perfektes Verbrechen, in: Gigi Nr. 2, Juni / Juli 1999, S. 16.

- Reiter, Michel**, Theoretische Differenz, symbolische Nähe, in: Gigi Nr. 6, März / April 2000, S. 20-23.
- Reiter, Michel**, Hurra - das neue Transschända!, in: Gigi Nr. 11, S. 22-23.
- Reiter, Michel**, Medizinische Intervention als Folter, in: Gigi Nr. 9, Oktober / November 2000, S. 13-15.
- Roche Lexikon Medizin**, 4.Auflage; © Urban & Fischer Verlag, München 1984/1987/1993/1999, <http://www.gesundheit.de/roche/ro17500/r18377.html> (Stand: 9. Juli 2004).
- Schweiger, Monika**, Zur Chirurgie der Intersexualität, Dissertation an der Ludwig Maximilians Universität zu München, München 1982.
- Stockley, Corinne**, Tessloffs Bildlexikon in Farbe – Biologie, Hamburg 1987 (Original 1986), S. 88-91.
- Tolmein, Oliver** / Rotermund, Bertram, Das verordnete Geschlecht, Film, Hamburg 2002.

2. Protokolle

- Protokoll unserer AG-Sitzung vom 04. Juni 2004.
- Protokoll unserer AG-Sitzung vom 08. Juni 2004.
- Protokoll unserer AG-Sitzung vom 15. Juni 2004.
- Protokoll unserer AG-Sitzung vom 24. Juni 2004.
- Protokoll unserer AG-Sitzung vom 01. Juli 2004.

3. Internetseiten

- <http://www.bodieslikeours.org/girlfriendsarticle/girlfriends5.html>
- <http://www.forschergruppe-intersex.de>
- <http://www.postgender.de>

Antwort der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Christina Schenk und
der Fraktion der PDS
– Drucksache 14/5425 –**

Intersexualität im Spannungsfeld zwischen tatsächlicher Existenz und rechtlicher Unmöglichkeit

Es gilt als natürliche und unumstößliche Wahrheit, dass Menschen entweder Männer oder Frauen sind. Welcher dieser beiden Kategorien sie zugeordnet werden, ließe sich an ihren Körpern festmachen. Tatsache ist jedoch, dass es schon immer Menschen gegeben hat, deren Körper sich nicht ohne weiteres in dieses binäre Schema einordnen lassen. Sie werden Hermaphroditen, Zwitter oder neuerdings auch Intersexuelle genannt. Mit dem Begriff „Intersexualität“ hat sich die medizinische Sicht auf dieses historisch schon seit langem bekannte Phänomen durchgesetzt. Intersexualität fasst eine Vielzahl von verschiedenen Diagnosen zusammen und meint im weitesten Sinne das Vorhandensein von körperlichen Merkmalen beider Geschlechter bei einer Person. Dem medizinischen Diskurs entsprechend wird die geschlechtliche Uneindeutigkeit in ihren zahlreichen Varianten als Krankheit verstanden, die therapiert werden kann – und muss. Die Eindeutigkeit der Bipolarität der Geschlechter wird bei dieser Herangehensweise immer schon vorausgesetzt – obwohl es weder anatomisch, gonadal, hormonell, noch chromosomal möglich ist, die Menschheit in zwei tatsächlich klar voneinander abzugrenzende Kategorien einzuteilen (vgl. z. B. Fausto-Sterling 1995, Kessler 2000).

Wird nach der Geburt bei einem Kind eine der zur Intersexualität zählenden Diagnosen gestellt, beginnt ein leidvoller Weg. Zunächst wird eine geschlechtliche Zuordnung vorgenommen. Gängige Praxis ist dabei, sich in ca. 90 % der Fälle für das weibliche Geschlecht zu entscheiden, da dieses bislang chirurgisch „leichter“ herzustellen ist (vgl. Chase 1998). Die operative Herstellung eindeutiger Genitalien ist von langjährigen Folgeuntersuchungen und Hormoneinnahmen begleitet und geht oft mit erheblichen sensorischen Einbußen am ehemals intakten Lustorgan einher. Es wird also in Kauf genommen, dass viele Patientinnen/Patienten ihre sexuelle Empfindsamkeit einbüßen. Den Eltern wird normalerweise dazu geraten, gegenüber dem Kind Stillschweigen über den wahren Charakter der operativen und sonstigen medizinischen Eingriffe zu bewahren. Ab der Pubertät und im Erwachsenenalter auftretende körperliche oder sexuelle Probleme können so von den Betroffenen oft nur mit Mühe auf ihre eigentliche Ursache zurückgeführt werden. Die medizinischen Unterlagen sind meist sehr schwer zugänglich. Da bislang

keine Langzeitstudien über die Behandlungserfolge vorliegen und vor allem auch nicht wissenschaftlich untersucht wurde oder wird, wie nicht operierte, nicht zugewiesene Intersexuelle mit ihrem Leben zurechtkommen, basiert die Kategorisierung von Intersexualität als Krankheit zum großen Teil auf einer wissenschaftlich nicht fundierten, stillschweigenden Voraussetzung der Notwendigkeit der Zweigeschlechtlichkeit.

Das Besondere am Umgang mit Intersexuellen ist, dass hier somatisch nur zum Teil und psychisch überhaupt nicht revidierbare medizinische Eingriffe an Säuglingen, Kindern und Jugendlichen und damit an (noch) nicht Einwilligungsfähigen vorgenommen werden. Das Ziel dieser Eingriffe ist die Herstellung eines geschlechtlich eindeutig einzuordnenden Körpers. An diesen vereindeutigten Körper wird von psychiatrischer Seite die Erwartung der Herausbildung einer ebenfalls vereindeutigten Geschlechtsidentität geknüpft. In jüngster Zeit werden immer mehr Fälle öffentlich, bei denen die körperliche Geschlechtszuweisung im Rahmen der bipolaren Ordnung Mann/Frau bei den Betroffenen Widerspruch erregt, sei es in Form der Ablehnung des jeweils zugewiesenen Geschlechts oder auch in der Zurückweisung der geschlechtlichen Zuordnung an sich. Eine Reihe von Intersexuellen bezeichnen die an ihnen vorgenommenen Eingriffe als Folter und kritisieren, dass es nach wie vor keine Langzeituntersuchungen gibt, welche die Notwendigkeit dieser Eingriffe wissenschaftlich fundieren bzw. gegebenenfalls eben auch widerlegen würden. Auch die Kategorisierung von körperlichen Abweichungen vom Normalgeschlecht Mann oder Frau als Krankheit wird massiv kritisiert.

Weltweit setzen sich Organisationen und Interessensvertretungen von Intersexuellen für das Recht auf Selbstbestimmung, die Vermeidung chirurgischer Eingriffe an Minderjährigen, die Aufklärung der Eltern in alternativen Beratungsstellen und die kompetente psychologische Betreuung der Familienmitglieder ein (so z. B. in den USA die Intersex Society of North America ISNA und in Deutschland die Arbeitsgruppe gegen Gewalt in der Pädiatrie & Gynäkologie AGGPG). In der Bundesrepublik Deutschland hat die aktuelle Debatte des Themas Intersexualität inzwischen auch die Medien und damit eine breitere Öffentlichkeit erreicht (siehe z. B. taz Nr. 5681, 16. Juni 1999; Magazinbeilage DIE ZEIT Nr. 5, 28. Januar 1999, DER SPIEGEL 18/2000, 1. Mai 2000). In Kolumbien liegt ein bemerkenswertes Gerichtsurteil vor. Das Verfassungsgericht Kolumbiens hat zwei Entscheidungen erlassen, welche die Verfügungsgewalt von Eltern und Ärztinnen/Ärzten in Bezug auf operative Eingriffe an Kindern mit so genannten genitalen Missbildungen einschränken. Geschlechtszuweisende Operationen werden als Verletzung der Menschenrechte betrachtet. Zugleich werden Intersexuelle als Minderheit anerkannt, die besonderen staatlichen Schutz gegen Diskriminierung verdient. Weiterhin wird ein verfassungsmäßig garantiertes Recht des Individuums auf Selbstbestimmung der geschlechtlichen Identität festgelegt (siehe die Urteile SU-337/99, 12. Mai 1999, und T-551/99, 2. August 1999).

Das Gericht weist darauf hin, dass sich die zweigeschlechtliche Ordnung in vielen Gesellschaften in einer Übergangsphase befindet. Intersexuelle stellen nach Ansicht des Gerichts eine Herausforderung an pluralistische Gesellschaften dar, die bestimmte normative Anpassungen notwendig machen. In der Bundesrepublik Deutschland findet die alltagspraktische Einteilung der Menschheit in zwei Geschlechter, männlich und weiblich, ihren auch heutzutage noch gültigen juristischen Ausdruck im Personenstandsgesetz aus dem Jahre 1875. Die Existenz von Intersexuellen ist im rechtlichen Rahmen der Bundesrepublik Deutschland nicht vorgesehen. Doch nicht nur das Personenstandsgesetz sichert die geschlechtliche Einteilung der Bevölkerung in männlich und weiblich ab, Geschlecht ist ebenfalls ein Identifikationsmerkmal der Person, das in fast allen offiziellen Dokumenten und Papieren auftaucht.

Vorbemerkung

Nach dem Kenntnisstand der Bundesregierung entspricht die Auffassung, wonach die Bipolarität oder Zweigeschlechtlichkeit des Menschen als Mann und Frau keine „natürliche und unumstößliche Wahrheit“ sei, nicht der herrschenden Auffassung in der Sexualwissenschaft. Die hier zitierten Literaturstellen geben eine Minderheitsmeinung wieder. Entgegen der hier vorgetragenen Auffassung ist in der ganz überwiegenden Zahl aller Menschen anatomisch, gonadal, hormonell und chromosomal, darüber hinaus aber auch funktionell eine eindeutige Unterscheidung des männlichen vom weiblichen Geschlecht möglich. Von diesem Grundsatz aus muss Intersexualität als eine Abweichung von der Norm betrachtet werden, unter der die Betroffenen schon wegen ihres Andersseins leiden, die in der Regel eine normale Funktion in den Bereichen Sexualität und Fortpflanzung ausschließt und somit als krankhafte Störung anzusehen ist. Nach den vorliegenden Informationen tauchen in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und sexualmedizinischen Behandlung sowie psychologischen Beratung nur in sehr geringer Zahl erwachsene Intersexuelle auf. Studien über Art, Umfang und Dauer solcher Behandlungen sind der Bundesregierung nicht bekannt. Aus psychiatrischer und sexualmedizinischer Sicht ist die Vereindeutigung des Geschlechts bei Säuglingen und Kleinkindern jedenfalls empfehlenswert, um eine ungestörte psychische Identitätsentwicklung zu ermöglichen. Auf Grund der primär abweichenden körperlichen Verhältnisse besteht bei dieser Personengruppe ein fundamentaler Unterschied zu dem angeführten Beispiel der Verstümmelung gesunder Genitalien in einigen Kulturen Afrikas.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass die Behandlung von Intersexuellen denselben Voraussetzungen wie alle therapeutischen Maßnahmen unterliegen. So muss die medizinische Notwendigkeit ebenso vorliegen wie die rechtlich wirksame Einwilligung nach umfassender Aufklärung (informed consent). Die Diagnose, Behandlung und Rehabilitation muss nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen. Therapeutische Maßnahmen müssen sich immer am Einzelfall orientieren. Dabei ist die Auswirkung einer Behandlung oder des Unterlassens einer Behandlung auf die psychische Gesundheit ein wesentliches Kriterium für die Entscheidungsfindung sowohl für die behandelnden Personen als auch für die Betroffenen selbst und die Eltern, die gegebenenfalls für ihre Kinder die Entscheidung treffen müssen. Über das Erfordernis, Leitlinien für die Behandlung von Intersexuellen zu erarbeiten kann die Bundesregierung zur Zeit keine Auskunft erteilen. Dieses sollte von den Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Informationen über Intersexualität und ihre Behandlung geprüft werden.

A. Zur Basiserhebung

1. Wie viele Kinder werden jährlich in Deutschland geboren, die als intersexuell klassifiziert werden können (Angaben bitte in absoluten Zahlen und in Prozent)?

Nach dem Kenntnisstand der Bundesregierung ist Intersexualität keine medizinische Diagnose, sondern eine zusammenfassende Bezeichnung für sehr unterschiedliche klinische Phänomene mit unterschiedlichen biologischen Ursachen (Abweichungen der Geschlechtschromosomen; genetisch oder medikamentös bedingte hormonelle Entwicklungsstörungen, die nicht geschlechtschromosomal bedingt sind; Unfälle). Teilweise betrifft die Störung nicht nur die Entwicklung und Differenzierung der Genitalien, sondern auch andere. Genaue epidemiologische Daten über intersexuelle Kinder und Erwachsene in Deutschland existieren zurzeit nicht, es gibt lediglich Schätzungen. Das Fehlbildungs-

monitoring Sachsen-Anhalt gibt eine Größenordnung von 0,5 bis 1 je 1 000 Kinder an. Die größte Gruppe umfasst die Mädchen mit einem Adrenogenitalen Syndrom (AGS, im englischen Sprachgebrauch CAH für Congenital Adrenal Hyperplasia) mit einer Inzidenz von ca. 1 : 4 000 bis 1 : 9 000 Geburten.

Eine ausführliche Datenanalyse zu Genitalfehlbildungen und so auch zu Fehlbildungen der äußeren Genitale können der Pilotstudie des Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt „Prävalenz genitaler Fehlbildungen. Datenbasis-Auswertung-Ursachenhypothesen“ entnommen werden, die eine ausführliche Analyse aller verfügbaren Datenquellen zu dieser Problematik in Deutschland und Europa enthält.

Im Rahmen der Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes werden Angaben zur Intersexualität noch nicht erfasst. Das Statistische Bundesamt wird voraussichtlich ab 2002 die Krankenhausdiagnosestatistik auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD 10 führen. Dem Begriff „Intersexualität“ können dann nach der ICD 10 folgende Diagnosen zugeordnet werden:

E 25	=	Adrenogenitale Störungen
E 34.5	=	Androgenresistenz-Syndrom
E 28	=	Ovarielle Dysfunktion
E 29	=	Testikuläre Dysfunktion
Q 96	=	Turner Syndrom
Q 97	=	Anomalien der Genosomen bei weiblichem Phänotyp
Q 98	=	Anomalien der Genosomen bei männlichem Phänotyp

Seit September 2000 wird im Rahmen der „Erhebung für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland“ (ESPED) durch die Klinik für Kinder und Jugendmedizin der Universität Kiel eine Studie zur Häufigkeit stationärer Aufenthalte von Kindern bei Intersexualität, zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen sowie zur Geschlechtszuweisung durchgeführt mit dem Ziel, die Entwicklung von Leitlinien zu ermöglichen. Erste Studienergebnisse werden nach der Auswertung der Daten von 100 Kindern mit Intersexualität vorgelegt.

2. Wie viele Säuglinge und Kinder werden pro Jahr nach der Diagnose der Intersexualität geschlechtszuweisenden Maßnahmen unterworfen?

Nach Kenntnis der Bundesregierung existieren über die Zahl der Kinder, an denen geschlechtszuweisende Maßnahmen in Form einer hormonellen und/oder chirurgischen Behandlung erfolgen, keine genauen Daten. Bei der größten Gruppe der Intersex-Syndrome, dem Adrenogenitalen Syndrom (AGS), werden etwa die Hälfte der nach dem chromosomalen Geschlecht weiblichen Kinder nur mit Hormonen (Cortison und Östrogenen) und die andere Hälfte zusätzlich mit chirurgischen Eingriffen behandelt.

3. Wie lange befinden sich Intersexuelle durchschnittlich in medizinischer und/oder psychologischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung?

Nach dem Kenntnisstand der Bundesregierung befinden sich intersexuelle Kinder mit hormonellen Störungen häufig über die ganze Kindheit und Jugend in einer medizinischen Behandlung. Solche mit rein operativ zu behandelnden Fehlbildungen werden zumeist nach einer oder mehreren Operationen noch über längere Zeit, etwa 2 bis 3 Jahre, medizinisch weiterbetreut (nicht nur durch Pädiater, sondern auch durch Urologen oder Gynäkologen). Das Angebot einer regelmäßigen, schon früh (also vor der Entscheidungsfindung) einsetzen-

den psychologisch-psychotherapeutische Begleitung und Behandlung der Kinder wie der Eltern existiert derzeit nicht, sondern erfolgt zurzeit nur bei Bedarf.

4. Ist der Bundesregierung bekannt, dass eine Vielzahl von Intersexuellen im Erwachsenenalter die an ihnen vorgenommenen Eingriffe kritisiert?

Wenn ja, wie bewertet sie das?

Welche Konsequenzen zieht sie daraus?

Der Bundesregierung ist nicht bekannt, dass eine Vielzahl von Intersexuellen im Erwachsenenalter die an ihnen vorgenommenen Eingriffe kritisiert.

5. Gehört Intersexualität zu den „Abweichungen“ bzw. „Krankheiten“, die bei der pränatalen Diagnostik in ihrer derzeitigen Form festgestellt bzw. ausgeschlossen werden?

Intersexualität zählt nicht zu den Krankheiten, die bei der Pränataldiagnostik routinemäßig ermittelt werden. Einzelne Formen der Intersexualität können auch schon pränatal – durch genetische und hormonelle Untersuchungen – diagnostiziert werden. Dies erfolgt jedoch zurzeit nur bei einem begründeten Verdacht, z. B. wenn es in der Familie andere Menschen mit einem erblichen Intersex-Syndrom (z. B. AGS) gibt oder sich in der pränatalen Ultraschalluntersuchung ein entsprechender Hinweis findet.

6. Werden mit Bundesmitteln Forschungen zu Ursachen und zur Bekämpfung von Intersexualität gefördert?

Wenn ja, an welche Institutionen und Einrichtungen wurden diese in welcher Höhe vergeben?

Im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms „Gesundheitsforschung für den Menschen“ der Bundesregierung werden gegenwärtig keine Untersuchungen zu Ursachen der Intersexualität gefördert.

B. Zur Geschichte

7. Seit wann werden in Deutschland geschlechtszuweisende Maßnahmen an Säuglingen, Kleinkindern und Minderjährigen vorgenommen?

Nach Kenntnis der Bundesregierung wurden auf Grund der operativen und hormonellen Therapiemöglichkeiten geschlechtszuweisende Behandlungen an Kindern und Minderjährigen in Deutschland in nennenswertem Umfang erst ab den 50er Jahren durchgeführt, wobei einzelne Fallberichte auch zu Eingriffen in früherer Zeit vorliegen.

8. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über den Umgang mit Intersexuellen unter dem nationalsozialistischen Regime und seine Beteiligung an den methodischen Entwicklungen chirurgischer und hormoneller Eingriffe zum Zwecke einer Änderung des Geschlechtskörpers?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

9. Ist der Bundesregierung bekannt, ob es in Deutschland seit der Durchführung geschlechtszuweisender Maßnahmen an nicht Zustimmungsfähigen Schadensersatzforderungen gegenüber den beteiligten Medizinern/Medizinerinnen auf Grund geschlechtlicher Fehlzusweisungen gegeben hat?

Wenn ja, wie wurde in den entsprechenden Fällen entschieden?

Die Bundesregierung hat keine Kenntnisse von derartigen Schadensersatzforderungen.

10. Ist die Bundesregierung bereit, Mittel zur Entschädigung Intersexueller, die Opfer der medizinischen Geschlechtszuweisung geworden sind, zur Verfügung zu stellen?

Wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung plant keine Entschädigung Intersexueller, da ein staatliches Handeln, das Anknüpfungspunkt für eine Entschädigung durch den Staat sein könnte, nicht gegeben ist.

C. Zur Situation Intersexueller

11. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass Intersexualität dem am 1. November 2000 durch das Bundeskabinett unterzeichneten 12. Zusatzprotokoll zur Europäischen Menschenrechtskonvention, das ein allgemeines Diskriminierungsverbot enthält, unterfällt?

Wenn nein, warum nicht?

Wenn ja, welche Maßnahmen zum Schutz vor Diskriminierung von Intersexuellen hält die Bundesregierung für erforderlich?

Artikel 1 des 12. Zusatzprotokolls zur Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, das am 4. November 2000 zur Zeichnung aufgelegt wurde und noch nicht in Kraft getreten ist, enthält ein allgemeines Verbot, bei Inanspruchnahme von auf einem Gesetz beruhenden Rechten oder durch Behörden diskriminiert zu werden, und zwar unabhängig von den dort beispielhaft aufgeführten Diskriminierungsgründen.

Auch eine Diskriminierung in Bezug auf gesetzliche Rechte oder durch Behörden wegen Intersexualität unterfiele dieser Vorschrift. Nicht jede Ungleichbehandlung ist jedoch als Diskriminierung anzusehen. Dies ist vielmehr nur dann der Fall, wenn es dafür keine „objektive und vernünftige Rechtfertigung“ gibt. Dabei wird den Vertragsstaaten ein Ermessensspielraum eingeräumt bei der Beurteilung, ob und in welchem Umfang Unterschiede bei ansonsten ähnlichen Sachverhalten gerechtfertigt sind (Erläuternder Bericht zum 12. Protokoll, Tz. 18). Zudem begründet Artikel 1 des 12. Protokolls in erster Linie nur ein Abwehrrecht gegen Diskriminierungen durch den Staat, nicht aber eine grundsätzliche Verpflichtung, Maßnahmen zu treffen, um diskriminierende Handlungen durch Privatpersonen zu verhindern oder auszugleichen (Erläuternder Bericht, Textziffer 25 f.).

Vor diesem Hintergrund stellen die in der Anfrage geschilderten Vorgänge nach Einschätzung der Bundesregierung keine Verletzung der in Artikel 1 des 12. Protokolls vorgesehenen Rechte dar.

12. Welche Selbsthilfegruppen und Interessenvertretungen für Intersexuelle sind der Bundesregierung bekannt?

Bekannt ist die Transidentitas e. V., Offenbach. Es handelt sich dabei um einen gemeinnützigen, bundesweit tätigen Verein, der Menschen mit abweichender Geschlechtsidentität die Möglichkeit einer virtuellen Beratung per E-Mail zu allen psychischen und medizinischen Problemen der Transidentität bietet.

Nach eigenen Angaben (1998/99) ist der Bundesverband Mitglied des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und hat 200 Mitglieder. Auf Länderebene soll es sieben Organisationen geben, die jedoch nicht Mitglied des Bundesverbandes sind. Auf Ortsebene gibt es 45 Vereine, Selbsthilfekontaktstellen und -gruppen, die sich mit Fragen der Intersexualität befassen.

Bekannt ist des Weiteren die Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V. (dgti), mit Sitz in Köln-Godorf, ist ebenfalls bundesweit tätig und berät Betroffene sowie deren Angehörige.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe von örtlichen/regionalen Gruppen und Ansprechpartnern, die der Bundesregierung jedoch naturgemäß im Einzelnen nicht bekannt sind.

13. Welche Unterstützung erfahren Intersexuelle und ihre Infrastruktur derzeit aus Bundesmitteln?

Aus Bundesmitteln werden derzeit keine bundesweit tätigen Selbsthilfeeinrichtungen gefördert, die sich mit der Beratung von Menschen mit abweichender Geschlechtsidentität (Transsexuelle, Transvestiten und Intersexuelle) befassen.

14. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich, um den Aufbau einer bundesweiten Infrastruktur für erwachsene intersexuelle Menschen zu unterstützen?

Der Bundesregierung liegen keine hinreichenden Erkenntnisse über die Lebenssituation erwachsener intersexueller Menschen vor, um die Erforderlichkeit eventueller Maßnahmen für den Aufbau einer bundesweiten Infrastruktur beurteilen zu können. Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass Länder und Kommunen vorrangig zuständig sind, bedarfsgerechte soziale Strukturen zur Verfügung zu stellen, zu denen auch professionelle und zielgruppenorientierte Beratungsangebote gehören.

15. Was kann und will die Bundesregierung unternehmen, um die Einrichtung außerklinischer Kontaktzentren mit einem psychologischen Beratungsangebot für Intersexuelle zu fördern, welche die von Fachleuten und Interessensverbänden für wesentlich erachtete Kontaktaufnahme von Eltern und intersexuellen Kindern mit anderen Menschen in der gleichen Situation und die psychologische Beratung aller Beteiligten ermöglichen würde?

Familien oder einzelne Familienmitglieder können in der Bundesrepublik Deutschland in unterschiedlichen Problem- und Lebenslagen auf ein qualifiziertes Beratungsnetz zurückgreifen. Die Träger dieser familienorientierten Beratungsangebote sind im Deutschen Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAK) zusammengeschlossen. Die Einrichtung und Förderung einzelner Beratungsstellen liegt in der Zuständigkeit von Ländern und Kommunen. Die Bundesregierung fördert einen Beratungsführer, der ein aktuelles Verzeichnis der ambulanten psychosozialen Beratungsstellen in der Bun-

desrepublik Deutschland enthält. Herausgegeben wird der Beratungsführer von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung, München. Darüber hinaus ist es Aufgabe des Bundes, zentrale Beratungsträger und die länderübergreifende Qualifizierung der Beratungsträger und Multiplikatoren (Fachkräfte) zu fördern, um gleichmäßige Standards zu erhalten. Intersexualität ist dabei z. B. Thema in Weiterbildungsangeboten für die Sexualberatung.

16. Ist die Bundesregierung bereit, eine bundeseinheitliche Handreichung zum Schutz intersexueller Minderjähriger, ähnlich der vom Bundesministerium der Justiz herausgegebenen Bundeseinheitlichen Handreichung zum Schutz kindlicher (Opfer-)Zeugen im Strafverfahren zu erstellen, die Mediziner/Medizinerinnen, sozialen Diensten und auch Eltern als Information und Leitfaden dienen kann?

Wenn ja, wann und in welcher Form?

Wenn nein, warum nicht?

Richtlinien bzw. Empfehlungen für den Umgang mit Patienten mit Intersex-Syndromen – wie beispielsweise die von Beier et al. (2001) entwickelte – existieren bereits. Wegen der Einzelheiten wird auf die Antwort zur Frage 22 verwiesen.

Handreichungen des Bundes erscheinen nicht sinnvoll. Im Gegensatz zum Problem des Schutzes kindlicher (Opfer-)Zeugen im Strafverfahren stellt sich die zentrale Frage, ob eine und welche ärztliche Behandlung zum Wohle des intersexuellen Kindes ist, vor allem als medizinisches und privatrechtliches Problem dar.

17. Welche Schritte kann und will die Bundesregierung hin zu einer breiten, allgemein zugänglichen und akzeptanzfördernden Aufklärung über die Existenz intersexueller Menschen unternehmen?

Der Bundesregierung liegen keine hinreichenden Erkenntnisse über die Lebenssituation intersexueller Menschen vor. Es ist daher zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich, zu beurteilen, ob und inwieweit entsprechende Aufklärungsmaßnahmen geeignet und erforderlich sind.

18. Sieht die Bundesregierung Forschungsbedarf zur Evaluation der sozialen, rechtlichen, medizinischen und wissenschaftlichen Situation intersexueller Menschen in Deutschland, angeleitet von dem Ziel, diese Situation zu verbessern?

Wenn ja, wird sie die für diese Forschung erforderlichen Mittel zur Verfügung stellen?

Wenn nein, warum nicht?

Die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit ist ein Grundbedürfnis aller Menschen. Die Bundesregierung trägt diesem Bedürfnis mit ihrem neuen Gesundheitsforschungsprogramm sowie in ihren Beiträgen zur Finanzierung der Wissenschaftsorganisationen Rechnung.

Qualifizierte Anträge zur Erforschung der Ursachen der Intersexualität können jederzeit von der von Bund und Ländern gemeinsam geförderten „Deutschen Forschungsgemeinschaft“ entgegengenommen werden. Über die Förderung wird auf der Basis des Urteils ausgewiesener, unabhängiger Experten entschieden.

D. Zur medizinischen Praxis

19. Sind der Bundesregierung die grundlegenden Erwägungen zur standardisierten Einführung medizinischer Interventionen an intersexuell Geborenen in den 50er und 60er Jahren in der Bundesrepublik Deutschland bekannt?

Wenn ja, wie bewertet sie diese?

Nach Kenntnis der Bundesregierung existieren in Deutschland keine verbindlichen Richtlinien (Standards of Care) für die Behandlung von Menschen mit Intersex-Syndromen. Allerdings orientierte man sich häufig an den von Money und anderen in den USA seit den 60er Jahren entwickelten Richtlinien zur „optimalen Geschlechtszuschreibung“ (vgl. Beier et al. 2001). Diese sehen u. a. vor:

- eine möglichst umfassend und schnell durchgeführte Diagnostik der zu Grunde liegenden Störung,
- eine möglichst frühzeitige (spätestens bis zum 18. Lebensmonat) Festlegung der Geschlechtszugehörigkeit, die konsequent durchgehalten werden soll,
- eine möglichst frühzeitige operative Korrektur des ambivalenten Genitals entsprechend der getroffenen Geschlechtszuordnung, um so Kind, Eltern und sozialer Umwelt Eindeutigkeit zu vermitteln und die Geschlechtsidentitätsentwicklung nicht zu gefährden. Dabei ist auch das spätere sexuell-funktionelle Operationsergebnis zu berücksichtigen.
- eine frühzeitige operative Entfernung der männlichen Gonaden, sofern sie der gewählten Geschlechtszuschreibung widersprechen (u. a. um eine etwaige Maskulinisierung in der Pubertät bei einem als Mädchen aufgezogenen Individuum zu verhindern),
- eine im Pubertätsalter einsetzende Behandlung mit denjenigen Sexualhormonen, die der gewählten Geschlechtszuschreibung entsprechen.

Da die plastisch-chirurgische Rekonstruktion eines sog. Neo-Penis erheblich schwieriger ist als die einer sog. Neo-Vagina, ist es – insbesondere in früheren Jahren – aus medizinisch-technischen Gründen häufiger zu einer Geschlechtzuweisung zum weiblichen Geschlecht gekommen.

20. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass standardisiert durchgeführte medizinische Eingriffe an nicht Einwilligungsfähigen zur Geschlechtsfestlegung oder Geschlechtsveränderung der vorhergehenden theoretischen Fundierung inklusive einer Untersuchung der Langzeitfolgen bedurft hätten?

Wenn nein, warum nicht?

Nach dem Kenntnisstand der Bundesregierung sind, abgesehen von diesen genannten groben Richtlinien, die jeweiligen Eingriffe bei Patienten mit Intersex-Syndromen generell wenig standardisiert. Eine theoretische Fundierung der genannten Behandlungen hat durchaus stattgefunden und ist auch in die genannten Richtlinien eingeflossen.

Die Sektion Pädiatrischer Endokrinologen der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie hat mit Vertretern der Selbsthilfe ab dem 1. Januar 2000 ein Qualitätssicherungsprojekt zu dem Adrenogenitalen Syndrom bundesweit an 20 Kliniken initiiert.

21. Teilt die Bundesregierung die in der Medizin vorherrschende Auffassung, dass die als intersexuell bezeichneten Menschen krank sind?

Wenn ja, wie begründet sie diese?

Nach den Angaben der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung ist Intersexualität ein Syndrom. Wenn ein intersexuelles Genitale das einzige Symptom der zu Grunde liegenden Ursache ist, kann man dies als eine Abweichung oder Variation bezeichnen. Intersex-Zeichen können aber auch mit anderen körperlichen Problemen (z. B. mit Cortisolmangel und Salzverlust) in direktem Zusammenhang stehen, und insofern als Symptom einer „Krankheit“ oder Störung aufgefasst werden. Darüber hinaus kann das subjektive Leiden des Kindes bzw. der Eltern an dem uneindeutigen Genitale Formen annehmen, die den Begriff „Störung“ oder „Krankheit“ rechtfertigen. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass solches Leiden immer von den jeweiligen sozialen und kulturellen Reaktionen und Bedingungen abhängt. In diesem Zusammenhang sei z. B. an den deutlichen Wandel bei der Beurteilung von und der Einstellung gegenüber Homosexualität in den letzten 50 bis 100 Jahren erinnert. Diese Einschätzung wird von der Bundesregierung geteilt.

22. Teilt die Bundesregierung die in der Medizin vorherrschende Auffassung, dass die Vereindeutigung des Geschlechts bei Säuglingen und Kleinkindern notwendig ist?

Wenn ja, wie begründet sie diese Auffassung?

Wenn nein, hält sie ein generelles Verbot von geschlechtszuweisenden Operationen an nicht Einwilligungsfähigen für geboten?

Die Bundesregierung hat nicht die Aufgabe in die Diskussion um fachliche Fragen von Diagnostik und Therapie in der Medizin einzugreifen.

Nach dem Kenntnisstand der Bundesregierung besteht eine relativ weit gehende Übereinstimmung darüber, dass eine frühe eindeutige Festlegung des Geschlechts die Entwicklung einer stabilen Geschlechtsidentität erleichtert. Eine stabile Geschlechtsidentität ist für die allgemeine psychische Entwicklung und Identitätsbildung wichtig und hilfreich. Zwar ist das, was in einer bestimmten Kultur als männlich und weiblich gilt, historischen Veränderungen unterworfen, dennoch erscheint die nicht nur in westlichen Kulturen vorherrschende Einteilung in zwei Geschlechter ein weit verbreitetes und starkes Bedürfnis und eine wirkmächtige soziale Realität darzustellen.

Um der in den letzten Jahren laut gewordenen und z. T. berechtigten Kritik an der bisherigen Praxis Rechnung zu tragen, wurden in den letzten Jahren in den USA (z. B. von Diamond und Sigmundson, 1997b) und auch hierzulande andere Richtlinien bzw. Empfehlungen für den Umgang mit Patienten mit Intersex-Syndromen entwickelt. Beier et al. (2001) haben z. B. folgendes Vorgehen vorgeschlagen:

- Schnellstmögliche und umfangreiche Diagnostik in einem spezialisierten Zentrum, wobei Sicherheit vor Schnelligkeit gehen soll (nach dem Motto nihil nocere).
- Vollständige, verständliche und wiederholte Information der Eltern über das Intersex-Syndrom des Kindes von Beginn an, Abstimmung aller Entscheidungen mit den Eltern, gerade auch, wenn noch keine Geschlechtsfestlegung möglich ist.
- Die intersexuelle Symptomatik soll als eine Abweichung bzw. Störung der Genitaldifferenzierung und nicht als eine Monstrosität dargestellt werden.

- Es sollen auch den Eltern die verschiedenen Faktoren, die die Geschlechtszugehörigkeit beeinflussen, erläutert werden.
- Eine einmal getroffene Entscheidung sollte in der Erziehung konsistent durchgehalten werden. Bei unsicheren Entscheidungen sollten jedoch möglichst geschlechtsneutrale Namen gewählt werden und es sollte auf Verhalten des Kindes geachtet werden, die von der gewählten Zuschreibung abweichen.
- Angebot einer kontinuierlichen sexualmedizinischen (und -psychologischen) Beratung und Begleitung bis ins Erwachsenenalter, in professioneller Offenheit und Zurückhaltung.
- Strikte Beachtung der Individualität und Integrität des Kindes/Jugendlichen.
- Falls der Patient später, z. B. in der Pubertät, einen Geschlechtswechsel wünscht, sollte in jedem Fall ein Alltagstest (wie auch bei der Behandlung von transsexuellen Patienten) erfolgen.
- Verpflichtung zur Nachuntersuchung von Patienten mit Intersex-Syndromen bis in Erwachsenenalter (falls diese damit einverstanden sind).

Maßgebliches Kriterium für die Bundesregierung ist das Wohl des Kindes. Wenn die Vereindeutigung des Geschlechtes im Einzelfall dem Wohl des Kindes dient, muss sie durchgeführt werden; wenn sie dem Wohl des Kindes abträglich ist, muss sie unterbleiben. Die Weiterentwicklung und Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten von Intersexuellen in diesem Sinn wird befürwortet.

23. Wie stellt sich die Bundesregierung zu der Kritik an medizinischen Eingriffen an intersexuellen Minderjährigen, die diese Eingriffe als Folter bezeichnet, und der Forderung, deren Durchführung zu unterlassen?

Die Bundesregierung sieht keinerlei Anhaltspunkte die medizinischen Eingriffe an intersexuellen Minderjährigen als Folter als einem bewussten Zufügen von erheblichen Schmerzen zur Erzwingung eines Handelns, Unterlassens oder Duldens zu werten. Die Bundesregierung hält es auch im Interesse einer notwendigen sachlichen und fachkompetenten Debatte um die Behandlung von Intersexuellen für wenig hilfreich solche Vergleiche anzustellen.

24. Worin besteht nach Ansicht der Bundesregierung der Unterschied zwischen genitalverstümmelnden Maßnahmen, wie sie in einigen Kulturen Afrikas praktiziert werden, und den ebenfalls genitalverstümmelnden Maßnahmen, wie sie im Rahmen der Geschlechtszuweisung Intersexueller vorgenommen werden?

Nach Auffassung der Bundesregierung gibt es grundsätzliche und wesentliche Unterschiede zwischen den sog. Beschneidungen und den Behandlungen Intersexueller. Die genitalverstümmelnden Maßnahmen, wie sie in einigen Kulturen Afrikas an Mädchen und Frauen praktiziert werden, werden von Ethnie zu Ethnie unterschiedlich begründet. Die Begründungen richten sich jedoch nie auf und die Eingriffe bezwecken nie konkrete medizinisch-therapeutische Eingriffe. Diese Maßnahmen führen zum Verlust bzw. zu einer deutlichen Einschränkung der sexuellen Erlebnisfähigkeit und haben z. T. auch diesen Zweck. Sie sind nach deutschem Recht als schwere Körperverletzung mit Strafe bedroht.

Operative Maßnahmen zur Geschlechtszuordnung bei Intersexuellen erfolgen nach Feststellung der medizinischen Indikation durch einen Arzt mit dem Ziel,

dem Kind rechtzeitig eine eindeutige Basis für die Entstehung der Geschlechtsidentität zu geben. Die Eltern stimmen den Maßnahmen zu, um ein möglichst normales Aufwachsen des Kindes zu ermöglichen und durch die Intersexualität entstehende psychische Belastungen zu vermeiden. Bei den operativen Maßnahmen sollte dabei immer der Erhalt der genitalen Sensibilität – wie überhaupt die psychosexuelle „Funktionsfähigkeit“ – angestrebt werden. Dies ist mit den heutigen operativen Techniken auch i. d. R. möglich.

E. Zur rechtlichen Situation Intersexueller

25. Wie lässt sich die gängige medizinische Praxis der Geschlechtszuweisung bei intersexuellen Kindern nach Ansicht der Bundesregierung mit § 1631c Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) vereinbaren, der die Sterilisation von Kindern verbietet?

Operative Maßnahmen zur Geschlechtszuordnung dienen nicht dem Ziel, das Kind zu sterilisieren, sondern sollen dem Kind, das Merkmale beider Geschlechter aufweist, die Identifikation mit einem Geschlecht ermöglichen.

26. Wie beurteilt die Bundesregierung aus rechtlicher Sicht die Gültigkeit eines zwischen Arzt/Ärztin und Eltern geschlossenen Behandlungsvertrags zum Zwecke medizinischer Eingriffe an nicht Einwilligungsfähigen zur Geschlechtsfestlegung oder Geschlechtsveränderung?

Für Behandlungsverträge zur Geschlechtsfestlegung oder -korrektur gelten die allgemeinen Regeln über die Heilbehandlung hinsichtlich Einwilligung und Aufklärung sowie ggf. hinsichtlich der gesetzlichen Vertretung. Ein solcher Behandlungsvertrag ist jedenfalls dann als wirksam anzusehen, wenn die Behandlung im Zeitpunkt des Vertragsschlusses medizinisch indiziert war und nicht offensichtlich dem Kindeswohl widersprach.

27. Hält die Bundesregierung es für erforderlich, die elterliche Verfügungsgewalt gegenüber Kindern dergestalt einzuschränken, dass Eingriffe an Minderjährigen mit dem Ziel der Vereindeutigung des Körpergeschlechts innerhalb des binären Rahmens Mann/Frau ausgeschlossen werden?

Nein. Nach dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse wäre ein solcher Eingriff in das elterliche Sorgerecht zum Schutz des Kindeswohls weder geeignet noch erforderlich.

28. Sind der Bundesregierung die Urteile des obersten Gerichtshofs Kolumbiens SU-337/99 vom 12. Mai 1999 und T-551/99 vom 2. August 1999 bekannt?

Wenn ja, welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?

Die Entscheidungen sind der Bundesregierung bekannt. Es ist darauf hinzuweisen, dass ihnen zufolge ein medizinischer Eingriff ohne Einwilligung des Minderjährigen nach kolumbianischem Verfassungsrecht nicht stets unzulässig ist.

29. In welchem Verhältnis stehen nach Ansicht der Bundesregierung im Falle der elterlichen Entscheidung für eine genitalverändernde Operation ihres Kindes der § 1552 BGB zur Regelung des elterlichen Sorgerechts und die Grundrechte des Kindes (Menschenwürde, Handlungsfreiheit, Freiheit der Person)?
30. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass medizinische Interventionen zum Zwecke einer geschlechtlichen Polarisierung an nicht Einwilligungsfähigen den verfassungsrechtlich zugesicherten Grundrechten auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit zuwiderlaufen?
- Wenn ja, sieht die Bundesregierung Handlungsbedarf?
31. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass in diesen Fällen von Amts wegen ermittelt werden müsste?
- Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 29 bis 31 werden zusammenfassend wie folgt beantwortet:

Die Ausübung des elterlichen Sorgerechts hat sich stets am Kindeswohl auszurichten (§ 1627 BGB). Deshalb dürfen die Menschenwürde und die Rechte des Kindes auch durch eine Einwilligung der Eltern in medizinische Eingriffe nicht verletzt werden. Eine solche Verletzung ist aber nicht anzunehmen, wenn ein Eingriff medizinisch indiziert ist.

32. Sind nach Auffassung der Bundesregierung die medizinischen Eingriffe zum Zwecke einer geschlechtlichen Polarisierung an nicht Einwilligungsfähigen vereinbar mit den Bestimmungen der Europäischen Menschenrechtskonvention?
- Wenn nein, sieht die Bundesregierung Handlungsbedarf?
33. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass in diesen Fällen von Amts wegen ermittelt werden müsste?
- Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 32 und 33 werden zusammenfassend wie folgt beantwortet:

Medizinische Eingriffe der geschilderten Art würden nach der Spruchpraxis zur Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten in das in ihrem Artikel 8 Abs. 1 gewährleistete Recht auf Achtung des Privatlebens eingreifen. Eine Verletzung dieses Rechts liegt jedoch zumindest dann nicht vor, wenn die Eltern anstelle eines selbst noch nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen eingewilligt haben und die Behandlung nach den zu diesem Zeitpunkt anerkannten Prinzipien als medizinisch notwendig erscheint.

34. Gibt es nach Auffassung der Bundesregierung eine zwingende Notwendigkeit zur bipolaren Geschlechterdefinition?
- Wenn ja, worin besteht diese?
- Wenn nein, welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung unter bestehenden rechtlichen Bedingungen, die Kategorie Geschlecht künftig aus allen offiziellen Dokumenten zu streichen?

Die deutsche Rechtsordnung geht von der Unterscheidung des Geschlechts von Menschen in ‚männlich‘ und ‚weiblich‘ aus, vgl. z. B. Artikel 3 Abs. 2 S. 1 des

Grundgesetzes. Gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 3 des Personenstandsgesetzes (PStG) ist das Geschlecht eines Kindes in das Geburtenbuch einzutragen. Ein Kind darf dabei nur als Knabe oder Mädchen bezeichnet werden. Die Eintragung „Zwitter“ wird als unzulässig angesehen, weil dieser Begriff dem deutschen Recht unbekannt ist (Hepting/Gaaz, Personenstandsrecht, Kommentar zu § 21 PStG Rz. 71). In Zweifelsfällen ist eine Bescheinigung des Arztes oder der Hebamme einzuholen, die gemäß § 266 Abs. 5 der Dienstanweisung für die Eintragung maßgeblich ist. Ergibt sich im Laufe der Entwicklung des Kindes, dass sein Geschlecht falsch bestimmt worden ist, so ist sein Geburtseintrag gemäß § 47 PStG zu berichtigen.

Solange keine gesicherten Erkenntnisse vorliegen, ob eine Nichtfestlegung des Geschlechtes dem Wohle der Betroffenen dient, ist eine Änderung des Rechtes nicht erforderlich.