

Intersex und Selbstbestimmung

Markus Bauer & Daniela Truffer

1. Einleitung

Intersex-Menschen, Zwitter, Hermaphroditen oder Menschen mit Varianten der Geschlechtsanatomie sind so alt wie die Menschheit selbst. Im Mittelalter waren sie in die Gesellschaft integriert und bis 1900 rechtlich anerkannt. Seit 1950 werden ihre Körper systematisch im Säuglingsalter medizinisch ausgelöscht. 60 Jahre später gewinnt der Kampf der Überlebenden um körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung langsam an Fahrt.

Trotzdem werden in den Universitäts-Kinderkliniken immer noch jedes Jahr mehr Kinder nicht-eingewilligten, medizinisch nicht notwendigen, irreversiblen, kosmetischen Genitaloperationen, Hormonverabreichungen, sterilisierenden und weiteren Eingriffen unterworfen, unter denen die meisten ihr Leben lang körperlich und seelisch leiden. Dazu kommen exzessive Genitaluntersuchungen, wiederholte Genitalfotografien und »Freakshows« für Studierende und Klinik, die viele Betroffene als eine Form von sexualisierter Gewalt erleben.

Immer noch werden Intersex-Kinder und -Jugendliche unzureichend aufgeklärt, d. h. es wird versucht, ihnen ihre Besonderheit möglichst zu verheimlichen. Als Erwachsene wird ihnen der Zugang zu ihren medizinischen Akten regelmäßig verwehrt, und damit oft die einzige Chance, endlich die Wahrheit über sich selbst und ihre Geschichte zu erfahren. Durch die Verjährung von IGM-Praktiken schon bevor Überlebende volljährig oder in der Lage sind, die Tragweite des ihnen Angetanen zu überschauen, bleibt praktisch allen verwehrt, auf gerichtlichem Wege Wiedergutmachung einzufordern, wie dies Betroffenen von Gewalt oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung eigentlich zusteht. Diese Erfahrung sowie die andauernde Leugnung und Baga-

tellisierung des verursachten Leids u. a. durch Medizin und Politik wirken oft retraumatisierend.

Die meisten Intersex-Menschen leben als Männer oder Frauen, und für viele ist Intersex vor allem eine praktisch-politische Identität zur Selbstermächtigung und politischen Sichtbarmachung der Verletzungen ihrer Körper, Psychen und Menschenrechte. Einige leiden darunter, in amtlichen Dokumenten und im Personenstandsrecht keine dritte Option zur Verfügung zu haben, und kämpfen vor Gericht dafür. Für alle ist unhaltbar, wie mit dem Personenstand-Murks §22(3) PStG nun scheinbar »etwas für die Intersexuellen getan« wurde, jedoch ohne Betroffene und ihre Organisationen überhaupt zu konsultieren, während gleichzeitig die täglichen IGM-Praktiken und ihre Folgen unverändert ausgeblendet und verharmlost werden.

2. Varianten der Geschlechtsanatomie, Genitale Differenzierung, Häufigkeit

Der Begriff »Intersex« dient in öffentlichen, politischen und wissenschaftlichen Diskussionen oft in erster Linie als Projektionsfläche für Vorstellungen und Theorien von »Geschlecht« und politische Forderungen Dritter, die den körperlichen Realitäten, Lebenserfahrungen und Anliegen der Beschriebenen selten gerecht werden (Klauda, 2002). Deshalb sollen zunächst einige Grundlagen kurz umrissen werden.

Varianten der Geschlechtsanatomie: Nicht nur »uneindeutige Genitalien«

Intersex-Menschen, auch bekannt als Zwitter, Hermaphroditen, Menschen mit Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung (DSD)¹, werden mit »atypischen« körperlichen Geschlechtsmerkmalen oder Varianten der Geschlechtsanatomie geboren, darunter:

- a) »uneindeutige Genitalien«, z. B. äußere Geschlechtsteile, sekundäre körperliche Geschlechtsmerkmale, und/oder
- b) »atypische« hormonproduzierende Organe oder »atypische« körperliche Verwertung von Sexualhormonen, z. B. ein Gemisch von Hoden- und

1 Der offizielle medizinische Begriff lautet »Störungen der Geschlechtsentwicklung/Disorders of Sex Development (DSD)«, festgelegt durch das »Chicago Consensus Statement 2006«. »Störungen« wird von den Betroffenen als stigmatisierend und pathologisierend abgelehnt und sollte deshalb nicht verwendet werden (Zwischengeschlecht.org et al., 2014, S. 12, 61).

- Eierstockgewebe (Ovotestes), (teilweise) Produktion von Androgenen statt Cortisol in der Nebennierenrinde, niedrige körperliche Reaktion auf Testosteron (»Androgenresistenz (AIS)«), wenige Testosteron produzierende Leydigzellen in den Hoden, undifferenzierte Stranggonaden, und/oder
- c) atypische Genetik, z. B. Karyotyp XXY oder XO, verschiedene Karyotypen in verschiedenen Zellen eines Körpers (»Mosaik«).

Varianten der Geschlechtsanatomie beinhalten:

- »atypische Merkmale« auf einer oder mehreren Ebenen a)–c),
- oder, während verschiedene Ebenen isoliert »absolut normal« erscheinen, »passen sie nicht zusammen«, z. B. ein Neugeborenes mit männlichem äußeren Genitale und Gebärmutter, Eierstöcken und Karyotyp XX (»Adrenogenitales Syndrom (AGS)«), oder ein Neugeborenes mit weiblichem äußeren Genitale und (Bauch-)Hoden und Karyotyp XY (»AIS«).

Nicht alle Intersex-Neugeborenen werden sogleich an »uneindeutigen Genitalien« erkannt. Durch zunehmende medizinische pränatale und Neugeborenen-Tests und Screenings werden zwar viele Intersex-Formen immer früher entdeckt, doch manche werden nach wie vor oft erst bei der Pubertät oder noch später festgestellt.

Genitale Differenzierung: Wir alle waren ursprünglich Zwitter

Um zu verstehen wie »atypische« Genitalien entstehen, ist es notwendig, sich folgende biologische Tatsache zu vergegenwärtigen, die leider im Biologieunterricht meist unterschlagen wird: Alle Menschen waren ursprünglich Zwitter – bis zur siebten Schwangerschaftswoche. Wir alle begannen mit denselben Vorstufen zu Eierstöcken wie auch Hoden im Bauchraum, und wir alle hatten ein »uneindeutiges Genital«.

Erst ab der siebten Schwangerschaftswoche differenzieren sich diese Vorstufen bei den meisten Menschen zu männlichen oder weiblichen Genitalien und Fortpflanzungsorganen (vgl. Abb. 1) – aus denselben Grundbestandteilen, darunter:

- »Genitalhöcker«: entwickelt sich bei typischen Mädchen zur Klitoris, und bei typischen Jungen zum Penis
- »labioskrotale Anlage« oder »Geschlechtswulst«: entwickelt sich bei typischen Mädchen zu den Schamlippen, und wächst bei typischen Jungen zum Hodensack zusammen

- »Urogenitalspalte«: erst gegen Ende der Differenzierung separiert sich daraus bei typischen Mädchen Harnröhre und Vagina, bei typischen Jungen wächst sie zur Harnröhre zusammen, während gleichzeitig die Harnröhrenöffnung zur Penisspitze »hochwandert« (wer sich schon fragte, warum typische männliche Genitale alle eine »Naht« haben – dies ist die Erklärung).

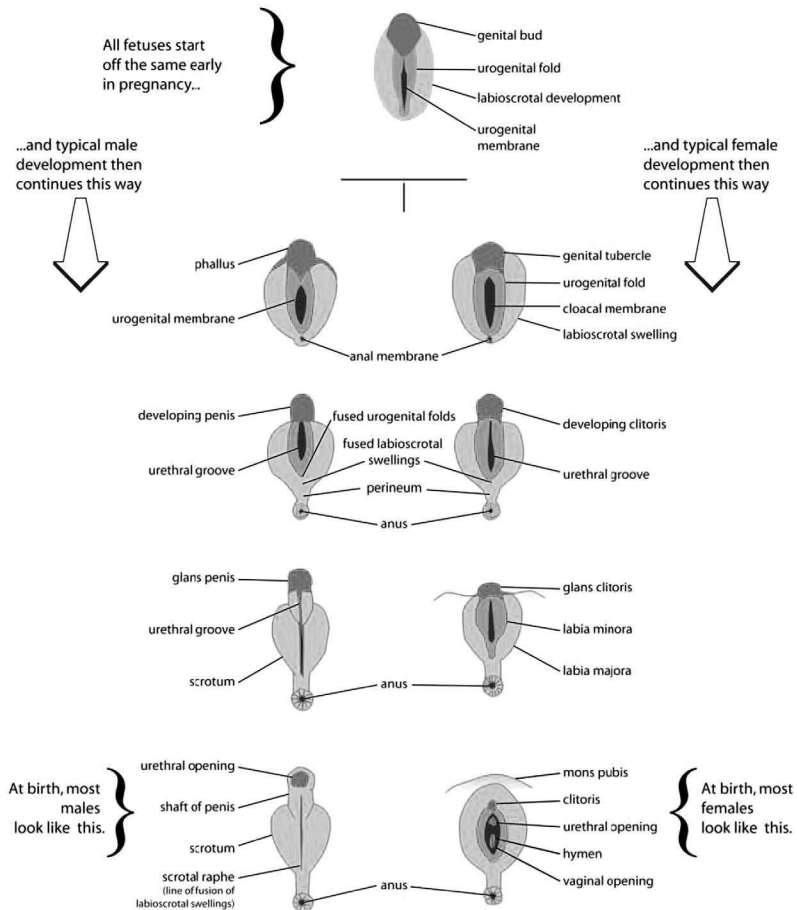


Abbildung 1: »Genitale Differenzierung vor der Geburt« (Quelle: Accord Alliance, 2006, Handbook for Parents, S. 72; <http://www.accordalliance.org/dsdguidelines/parents.pdf>)

Es ist jedoch auch möglich, dass Genitalien sich entlang eines weniger häufigen Weges entwickeln, verursacht z. B. durch ungewöhnlich niedrige oder hohe Konzentrationen von Sexualhormonen, oder durch eine ungewöhnlich niedrige oder hohe Reaktion des Körpers darauf, wodurch »uneindeutige«, »unbestimmte« oder »Zwischenformen« von typischen Genitalien entstehen können (vgl. Abb. 2).

Ebenso entwickeln sich die ursprünglich bi-potenzialen undifferenzierten Keimdrüsen (Gonaden) im Bauchraum bei typischen Mädchen zu Eierstöcken und bei typischen Jungen zu Hoden (die meist, aber nicht immer, vor der Geburt über die Leistenkanäle in den Hodensack absteigen). Weiter entsteht bei typischen Mädchen aus den Müller'schen Gängen Gebärmutter und die Eileiter (während die Wolff'schen Gänge sich zurückbilden), und bei typischen Jungen aus den Wolff'schen Gängen die Samenleiter (während die Müller'schen Gänge sich zurückbilden). Wiederum sind jedoch Entwicklungen entlang weniger häufigerer Pfade möglich, z.B. kann eine oder beide der bi-potenzialen Gonaden Mischungen aus Hoden- und Eierstockgewebe bilden (Ovotestes) oder undifferenziert bleiben (Stranggonaden), und/oder die »falschen« oder beide Gangstrukturen werden gebildet.

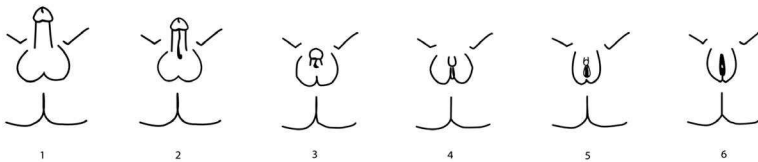


Abbildung 2: »Genitale Variation« (Diagramme 1–6 entsprechen Praderstufen 5–0)
(Quelle: Accord Alliance, 2006, *Handbook for Parents*, S. 73; <http://www.accordalliance.org/dsdguidelines/parents.pdf>)

»Praderstufen«:

Medizinische Klassifizierung »uneindeutiger Genitalien«

In der Medizin werden Varianten des äußeren Genitale gewöhnlich in sog. »Praderstufen 0–5« klassifiziert, benannt nach dem gleichnamigen Kinderendokrinologen (Prader, 1957), wobei »Prader 5« für ein typisch männliches Erscheinungsbild steht, »Prader 0« für ein typisch weibliches Erscheinungsbild.

bild, und »Prader 1–4« für Zwischenstufen (vgl. Abb. 2, Diagramme 1–6 dort entsprechen Praderstufen 5–0). Manche, aber nicht alle Intersex-Kinder kommen mit »atypischen« Genitalien auf die Welt. Kinder mit äußerem Erscheinungsbild entsprechend »Prader 2–4« werden oft willkürlich als »Jungen mit Hypospadie« diagnostiziert (und »vermännlichenden Hypospadiekorrekturen« unterworfen). Kinder mit äußerem Erscheinungsbild entsprechend »Prader 1–5« werden oft willkürlich als »Mädchen mit zu großer Klitoris« diagnostiziert (und »verweiblichenden Klitorisreduktionen« und »Vaginalplastiken« unterworfen).

Wie häufig sind Intersex-Varianten?

Da Kliniken, Krankenversicherungen und Behörden sich bis heute weigern, entsprechende Zahlen offenzulegen (vgl. Bundesregierung, 2014, S. 6), lautet die einzige ehrliche Antwort: Wir wissen es nicht. Es gibt keine exakten Zahlen oder seriöse Statistiken, sondern nur Hochrechnungen.

In der medizinischen Literatur wird je nach Bedarf mit zwei verschiedenen Zahlengruppen operiert:

- 1:1000 wenn es darum geht, neue Opfer für kosmetische Genitaloperationen auf den OP-Tisch zu kriegen (Finke & Höhne, 2008, S. 4).
- 1:4500 oder weniger wenn es darum geht, öffentlicher Kritik an menschenrechtswidrigen Zwangsbehandlungen entgegenzutreten, oft unter Fokussierung auf »schwerwiegendere [...] Abweichungen« und ohne Angabe von Zahlen zu allen Fällen (Bundesregierung, 2007, S. 3).

Aus einer Grund- und Menschenrechtsperspektive ist letztlich folgendes Kriterium ausschlaggebend: Wie viele Kinder kommen mit einer so offensichtlich »atypischen« Geschlechtsanatomie auf die Welt, dass sie Gefahr laufen, deswegen menschenrechtswidrigen Praktiken unterworfen zu werden, die ihr Selbstbestimmungsrecht unzulässig beschneiden, z. B. nicht-eingewilligten, medizinisch nicht notwendigen, irreversiblen, kosmetischen Genitaloperationen oder vergleichbaren Eingriffen?

Dazu lautet die seriöseste Einschätzung: 1:500–1:1000 Kinder werden (oft wiederholten) nicht-eingewilligten »Genitalkorrekturen« unterworfen (ISNA, o.J.).

3. Das Recht auf körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung – IGM: Formen, Geschichte, Häufigkeit

Was sind Intersex-Genitalverstümmelungen (IGMs)?

Intersex-Genitalverstümmelungen (IGMs) sind laut Menschenrechts- und Ethik-Organen (vgl. Zwischengeschlecht.org et al., 2014, S. 13) nicht-eingewilligte, medizinisch unnötige, irreversible, kosmetische Genitaloperationen, sterilisierende Eingriffe, Hormongaben und/oder weitere Eingriffe, durchgeführt an Kindern mit Varianten der Geschlechtsanatomie, ohne Evidenz für einen Nutzen für diese Kinder, sondern gerechtfertigt durch »psychosoziale Indikationen [...] geprägt durch [...] kulturell-gesellschaftliche Wertvorstellungen« (Nationale Ethikkommission, 2012).

Die drei häufigsten IGM-Formen heute sind (in absteigender Reihenfolge):

- »Vermännlichende Genitalkorrekturen«,
- »Verweiblichende Genitalkorrekturen«,
- sterilisierende Eingriffe.

Weitere heutige IGM-Praktiken sind u. a.:

- Aufzwingung von Hormonen,
- erzwungene exzessive Genitaluntersuchungen, medizinische Zurschaustellung und Genitalfotografie (von Betroffenen erlebt als sexualisierte Gewalt),
- mangelhafte oder irreführende Aufklärung, systematische Lügen und Aufzwingung eines »Schweigegebotes« für Eltern, betroffene Kinder und ganze Familien,
- nicht-eingewilligte unkontrollierte Menschenversuche,
- Verweigerung benötigter medizinischer Therapie,
- »blinde« hormonelle Pränatal»therapie«,
- selektive (Spät-)Abtreibungen und Pränatal-Implantationsdiagnostik (PID) zur Aussonderung von Intersex-Feten (für eine Übersicht über die 17 geläufigsten Formen vgl. Zwischengeschlecht.org et al., 2014, S. 63–81 und Zwischengeschlecht.info, 2012a).

Während die MedizinerInnen versprechen, »normal aussehende« Genitalien herzustellen und dadurch Stigma sowie mangelndes Selbstwertgefühl der Betroffenen zu verhindern, berichten Betroffene, dass sie auch nach sogenannt »erfolgreichen Korrekturen« u. a. wegen Narben und »auffälligem« Erschei-

nungsbild gehänselt werden, insbesondere in denjenigen Fällen, welche die MedizinerInnen selbst als »schlechte Korrekturergebnisse« (Westenfelder, 2011, S. 594) bezeichnen. Weiter berichten Betroffene, dass ihr Selbstwertgefühl durch die »Korrekturoperationen« erst recht infrage gestellt und beeinträchtigt wird (»Man musste mich zuerst zurecht operieren, damit ich als akzeptabel überhaupt in Betracht gezogen werden konnte«).

Obwohl Komplikationen bei IGM-Praktiken beträchtlich sind und unumstritten wiederholt zu massiven tatsächlichen medizinischen Problemen führen, wo Betroffene vorher keine hatten, gibt es auch nach über 60 Jahren systematischer »Genitalkorrekturen« mit psychosozialer Indikation unverändert weder Evidenz für irgendwelchen tatsächlichen Nutzen für die Betroffenen noch tatsächliches Interesse der Medizin an Evidenz überhaupt (Dreger, 2006, S. 75).

IGM 1 – »Vermännlichende Genitalkorrekturen«

»Hypospadie«, d. h. wenn der Harnröhrenaussgang sich nicht an der Penisspitze befindet, sondern weiter unten an der Penisunterseite, ist heute die wohl häufigste Diagnose für kosmetische Genitaloperationen an »atypischen« Kindern. Der Penis wird auseinandergeschnitten, um z. B. mittels Hauttransplantaten den »Harnröhrenaussgang an die Penisspitze zu verlegen« – langfristig oft mit sehr hohen Komplikationsraten und schweren medizinischen Folgeschäden bis zu Nierenversagen. Auch geringere Komplikationen machen umfangreiche »Nachkorrekturen« nötig, jedes Mal mit erheblichem Risiko von Verminderung oder Verlust der sexuellen Empfindsamkeit.

Trotzdem empfiehlt die letzte AWMF-Leitlinie 006/026 (Evidenzstufe 1 = niedrigste) ausdrücklich Operationen »auch aus ästhetisch-psychologischen Gründen«. So empfiehlt die Medizinische Hochschule Hannover MHH (o.J.) aktuell: »Der günstigste Zeitpunkt für die Operation ist das 2. und 3. Lebensjahr.« Ebenso Kinderchirurginnen aus dem Altonaer Kinderkrankenhaus (AKK): »Die Operation sollte zwischen dem 9. und 15. Lebensmonat oder zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr durchgeführt werden (>Psychologisches Fenster<)« (Fisch & Riechardt, 2011). Oder das Universitätsklinikum Jena-Loebda: »Beschwerden liegen [im >unkorrigierten< Zustand] fast nie vor, auch die Harnentleerung bereitet nur in Ausnahmefällen Probleme.« Nichtsdestotrotz lautet die empfohlene »Therapie«: »Korrektur zwischen dem 12. und 24. Lebensmonat.« Offizielle »Begründung«: »Bei späteren Eingriffen kann bereits das Selbstwertgefühl der Männer leiden« (UK Jena, o.J.). 2010 führte allein die

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums Offenbach (Akademisches Lehrkrankenhaus der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main) nicht weniger als 466 »Hypospadiekorrekturen« durch (Klinikum Offenbach, 2011, S. 71).

Diese riskanten Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit werden wie folgt gerechtfertigt: Ein Junge muss im Stehen pinkeln können und später durch Penetration eine Frau befruchten, sonst ist er ein Versager und bringt sich um. Seit den 1990er Jahren werden zunehmend auch sprunghaft gestiegene medizinische Erwartungen an einen »perfekten Penis« als Rechtfertigung für »Korrekturoperationen« bemüht (Dreger, 2014).

Betroffene kritisieren als Folge von »Hypospadiekorrekturen« Verminderung oder Verlust der sexuellen Empfindungsfähigkeit und schmerzende Narben sowie lebenslange Traumatisierungen. Tiger Devore, der seit über 25 Jahren öffentlich redet, wurde 16 Mal operiert, zehnmal allein in den ersten zehn Lebensjahren:

»Meine Kindheit war angefüllt mit Schmerz, Operationen, Hauttransplantationen und Isolation. Und ich muss mich immer noch hinsetzen beim Pinkeln. [...] Ich hätte gut damit leben können, aus dem Schaft meines Penis zu pinkeln, statt aus der Spitze, aber dafür nicht in der Empfindsamkeit beeinträchtigt zu sein« (Devore, 2003).

Bei vielen Kindern hören regelmäßige »Nachkorrekturen« erst auf, wenn sie alt genug sind, sich weiteren Operationen erfolgreich zu widersetzen. Wie Chirurgen mittlerweile einräumen, sind medizinisch gefährliche Harnröhrenverengungen als (Spät-)Folge bei vielen »Hypospadiekorrekturen« unumgänglich bzw. die »natürliche Evolution im Verlaufe der Zeit« (Barbagli, 2010, S. 17–37). Die Sprache der MedizinerInnen ist verräterisch, z. B. erhalten hoffnungslos Kaputtoperierte die offizielle iatrogene Diagnose »Hypospadie-Krüppel«. Gleichzeitig schwärmen beteiligte ChirurgInnen unbeirrt von der »chirurgischen Herausforderung«.

Im Falle von Bauchhoden (ca. 10% aller Kinder mit Hypospadie) werden diese meist gleichzeitig chirurgisch »heruntergebracht« und im Hodensack vernäht mit dem Argument der Fruchtbarkeitserhaltung, obwohl Bauchhoden entgegen Annahmen der OperateurInnen normal lebensnotwendige Hormone produzieren und oft auch fortpflanzungsfähige Spermien (Czeloth et al., 2014).

Während die ÄrztInnen seit Jahr und Tag das Fehlen von Outcomestudien beklagen, weigern sie sich bis heute, solche endlich in Angriff zu nehmen. Eine kürzliche Studie offenbarte gar, dass Komplikationen bei »Hypospadiekorrekturen« in Fachpublikationen seit 2000 zunehmend gar nicht erst dokumentiert werden (Pfistermüller & Cuckow, 2012, S. 204). Gleichzeitig bestehen Chirur-

gInnen darauf, unbeirrbar weiter zu operieren: »[Erst] falls und wenn evidenzbasierte Daten dieses frühe Vorgehen widerlegen, sollten neue Leitlinien in Betracht gezogen werden« (Springer & Baskin, 2014, S. 197).

IGM 2 – »Verweiblichende Genitalkorrekturen«

Teilamputationen der Klitoris, oft in Verbindung mit chirurgischer »Eröffnung« oder Erweiterung der Vagina sowie »Harnröhrenverlegung«, sind heute die wohl zweithäufigste kosmetische Genitaloperation. Die wahrscheinlich häufigste Diagnose ist »46,XX Adrenogenitales Syndrom (AGS)«, weitere gängige Diagnosen sind »46,XY Partielles Androgen Insuffizienz Syndrom (PAIS)« und »46,XY Leydigzell-Hypoplasie«. Trotz zahlreichen Berichten Überlebender sowie entsprechende Ergebnisse medizinischer Studien über Verminderung oder Verlust der sexuellen Empfindungsfähigkeit auch bei diesen »modernen« Operationstechniken empfiehlt die aktuelle AWMF-Leitlinie 027/047 (Evidenzstufe 1 = niedrigste): »In der Regel wird die Operation in Deutschland im ersten Lebensjahr durchgeführt.« KinderchirurgInnen im Kinderkrankenhaus Auf der Bult (Lehrkrankenhaus Medizinische Hochschule Hannover) empfehlen »Klitorisreduktionen« »sobald das Kind endokrinologisch stabil ist«, d.h. mit fünf bis sechs Monaten (Gonzalez & Ludwikowski, 2014).

Bis in die 1990er-Jahre waren feminisierende »Korrekturen« die häufigste IGM-Praktik, und Klitorisamputationen oder noch radikalere Klitorisexstirpationen die gängige »Reduktionsmethode« (vgl. unten Historischer Überblick). Zwar versuchen heutige Methoden der chirurgischen »Klitorisverkürzung« die Hauptnerven zu erhalten, jedoch wird immer noch das meiste Gewebe entfernt, und Überlebende klagen bis heute über Verminderung oder Verlust der sexuellen Empfindungsfähigkeit:

»Ich selbst hatte Glück im Unglück, dass ich heute trotzdem noch etwas spüre. Trotzdem habe ich störende Narben und immer wieder stechende und ziehende Schmerzen. Ich kenne viele, auch jüngere als ich, die gar nichts mehr spüren oder bei Erregung immer Schmerzen« (Truffer, 2014, S. 35).

Weitere »feminisierende Genitalkorrekturen« sind u.a. chirurgische Öffnung und/oder Erweiterung der Vagina (»Vaginalplastik«), gefolgt von zwangsweisen vaginalen Dehnungen (»Bougieren«), gewöhnlich für Kinder mit Diagnose »46,XX Adrenogenitales Syndrom (AGS)«, oder chirurgische Schaffung einer

künstlichen Vagina (»Neovagina«), ebenfalls gefolgt von zwangsweisen Dehnungen, etwa bei Kindern mit Diagnose »46, XY (Komplettes) Androgen-Insensitivitäts-Syndrom ((C)AIS)« oder »46, XX Angeborenes Fehlen der Vagina« bzw. »Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom (MRKH)«. Auch diese Operationen und Eingriffe werden ohne medizinische Notwendigkeit an Kleinkindern durchgeführt mit dem Ziel, spätere »normale Penetrationsfähigkeit« zu ermöglichen, und erfolgen oft gleichzeitig mit den »Klitorisverkürzungen«. Die erzwungenen Vaginaldehnungen sowie exzessive Genitaluntersuchen, wiederholte Genitalfotografien und medizinische Zurschaustellung für StudentInnen und Klinikbelegschaft, wie sie bei allen IGM-Formen üblich sind, werden von Betroffenen als eine Form von sexualisierter Gewalt an Kindern erlebt und beschrieben – mit allen bekannten Folgen (Alexander, 1997).

Einzig bei Kleinkindern mit Karyotyp 46,XY findet in der Medizin aktuell betreffend feminisierende »Genitalkorrekturen« zumindest teilweise ein Umdenken statt – wohl nicht zuletzt, weil es sich dabei, verglichen mit Hypospadie und AGS, um die kleinste »Patientengruppe« handelt. Vermehrt werden auch einfach stattdessen »vermännlichende« Praktiken vorgenommen. International empfehlen gerade mal 10,5% aller KinderchirurgInnen, wenigstens diese Betroffenen später selbst entscheiden zu lassen (Kogan et al., 2012, S. 204).

Auch bei »verweiblichenden« IGM-Praktiken wird von der Medizin fehlende Evidenz und Klagen Überlebender einfach als Ausrede für unbeirrtes Weiterverstümmeln ausgelegt:

»Zusammenfassung: Obwohl die Resultate für chirurgische Eingriffe bei AGS weniger als zufriedenstellend sind, wenn Erwachsene evaluiert werden, die als Kinder operiert wurden, beinhalten alle vorliegenden Berichte Patienten, die vor vielen Jahren mit einer Vielzahl von Techniken operiert worden waren. Statt die Anstrengungen aufzugeben, diese Fehlbildung frühzeitig zu reparieren, bevorzugen wir die weitere Entwicklung verfeinerter chirurgischer Techniken, die in der Zukunft bessere Resultate ergeben mögen« (González & Piaggio, 2006, S. 273).

IGM 3 – Sterilisierende Prozeduren

Wohl die dritthäufigste IGM-Praktik ist Kastration von weiblich zugewiesenen Kindern mit Diagnose »46,XY Komplettes Androgen-Insensitivitäts-Syndrom (CAIS)«. Ihnen werden die gesunden Bauchhoden entfernt unter dem Vorwand eines angeblichen »hohen Krebsrisikos«. Anschließend wird eine sogenann-

te Hormon »Ersatz« Therapie (HET) mit künstlich zugeführten Östrogenen durchgeführt, obwohl die entfernten Hoden Testosteron produzierten, welches durch die körpereigene Aromatase in natürliches, körpereigenes Östrogen umgewandelt wird. Viele Überlebende klagen über schwerwiegende negative Folgen der Kastration mit anschließender Östrogen-HET, darunter Depressionen, Adipositas, Stoffwechsel- und Kreislaufstörungen, Osteoporose, Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten und Libidoverlust. Viele berichten, dass es ihnen nach Umstellung auf Testosteron-HET besser gehe, jedoch weigern sich ÄrztInnen aus Budgetgründen oft, ihnen dafür ein Kassenrezept auszustellen, sodass viele die Kosten für eine adäquate HET selbst bezahlen müssen.

Das angeblich flächendeckende »hohe Krebsrisiko« der angeblich unfruchtbaren Bauchhoden wurde längst durch mehrere Studien widerlegt. Eine kommt zum Beispiel bei CAIS auf ein effektives Krebsrisiko von 0,8% (Pleskacova et al., 2010, S. 266), also bedeutend niedriger als das Risiko für Brustkrebs bei »normalen Frauen« oder Prostatakrebs bei »normalen Männern«. Auch wurden unnötige Kastrationen seit Jahrzehnten von einzelnen namhaften Ärzten öffentlich kritisiert: »Durch die Kastration der tumorfreien Patientinnen macht man Beschwerdefreie zu Kranken mit allen unangenehmen Folgen der Kastration« (Hauser, 1961, S. 278).

Zwar findet bei Kastrationen an Kleinkindern mit Diagnose CAIS seit 2000 bei MedizinerInnen noch am ehesten zumindest teilweise ein praktisches Umdenken statt, oft wird die Kastration aber lediglich auf die Zeit nach der Pubertät verschoben, oder alternativ eine »vermännlichende« chirurgische »Hodenverlagerung« der angeblich unfruchtbaren Bauchhoden samt Annähen im Hodensack durchgeführt, was laut Berichten Betroffener zu starken Schmerzen etwa beim Joggen oder bei sexuellen Aktivitäten führt (Zwischengeschlecht.info, 2012a).

Weitere heute noch gängige sterilisierende Eingriffe sind Entfernung von Fortpflanzungsorganen »im Widerspruch zum Erziehungsgeschlecht«. Wenn zum Beispiel ein Kind männlich aufgezogen wird, aber über eine Gebärmutter und/oder Eierstöcke verfügt, werden diese entfernt. Ebenso werden »diskordante persistierende Gänge« entfernt sowie »diskordante« Teile von Ootestes. Auch hier erfolgen die Entfernungen nicht aus medizinischer Notwendigkeit heraus, sondern werden mit psychosozialen Indikationen gerechtfertigt.

IGM: Historischer Überblick und Häufigkeit

Zwitter sind so alt wie die Menschheit selbst. Sie hatten es nie leicht, aber selten ging es ihnen so schlecht, wurden ihre Selbstbestimmungsrechte mehr beschnit-

ten als heute. Selbst im »finsternen« Mittelalter, als Kindstörung (nicht nur) für Zwitter an der Tagesordnung war, wuchsen überlebende Zwitter nicht nur unversehrt auf, sondern ihre Existenz wie auch ihr Selbstbestimmungsrecht waren sowohl im Kirchen- wie auch im Zivilrecht durch sogenannte Zwitterparagrafen explizit anerkannt: Zunächst bestimmten die Eltern über ihr Geschlecht; danach hatten Zwitter als einzige Menschen das Privileg, per Geschlechtseid selbst entscheiden zu können, ob sie als Mann oder Frau leben wollten. Diese pragmatische Regelung ist dem 2013 vom Bundestag verabschiedeten Personenstand-Murks §22(3) PStG um Lichtjahre voraus. Und wie sogar heutige MedizinerInnen zugeben müssen, waren Zwitter in die mittelalterliche Gesellschaft gut integriert, und war die Existenz von Zwittern als natürliche Variation bei Mensch und Tier allgemein bekannt, wenn auch mit Stigma behaftet. Erst im 19. Jahrhundert wurde den Zwittern ihr Selbstbestimmungsrecht Stück für Stück entzogen und von der Medizin usurpiert, welche die allermeisten von ihnen als unechte oder Scheinzwitter deklassierte. Das Preußische Landrecht war das letzte, das noch einen Zwitterparagrafen enthielt. Nach 1900 hörten Zwitter offiziell zu existieren auf; Ende des 20. Jahrhunderts waren sie in der »entwickelten Welt« förmlich ausgelöscht – sowohl chirurgisch-praktisch aus der Gesellschaft wie auch aus dem öffentlichen Bewusstsein (Zwischengeschlecht.org et al., 2014, S. 49–51).

Bis heute wird in Medizin und Öffentlichkeit ausgeblendet, dass manche heutige Behandlungsmethoden sowie ihre wissenschaftlich-technischen Voraussetzungen im Nationalsozialismus ihre Anfänge nahmen, z. B. die Kombination von Klitorisamputationen mit experimentellen Hormongaben. Ebenfalls bis heute keinerlei Aufarbeitung gibt es betreffend der rassistisch-völkischen Diagnose »Intersexuelle Konstitution«, welche in den 1920er Jahren den Begriff »Intersex« erstmals in die Humanmedizin einführte, definiert als biologisch »minderwertige« »Entartung« infolge von »Rassenvermischung« oder als »abnorme Mutation«, die mit Geisteskrankheiten (»schizoid«) korreliere und unter »JüdInnen« besonders häufig sei; ebenso betreffend Verfolgung Betroffener unter diesen Voraussetzungen während der Nazizeit (Zwischengeschlecht.info, 2011, 2012b, 2014a).

Seit den 1930ern ist die psychosoziale Rechtfertigung der ÄrztInnen für chirurgische »Klitorisreduktionen« an Intersex-Kindern im Wesentlichen dieselbe: Eine »vergrößerte Klitoris« wirke durch ihre Größe und Erektionsfähigkeit »störend« und bereite den Kindern »beim Umkleiden, Baden usw. Verlegenheiten«, weshalb eine Amputation »sicher gerechtfertigt« sei (Grob, 1957, S. 587).

Seit 1950 werden Intersex-Genitalverstümmelungen, ausgehend von Baltimore und Zürich, in der gesamten »entwickelten Welt« systematisch und in

zunehmend industriellem Maßstab praktiziert (Zwischengeschlecht.org et al., 2014, S. 53–62). Als erhellendes historisches Beispiel mag ein Lehrbuch des renommierten Baltimorer Kinderendokrinologen Lawson Wilkins aus dem Stichjahr 1950 dienen: Darin wird ein Kind, beschrieben als »Normal, 9 Jahre«, vier Kindern im Alter von zwei bis neun Jahren gegenübergestellt, nummeriert mit A–D und diagnostiziert mit »Adrenogenitales Syndrom – weiblicher Pseudohermaphroditismus« – letztere alle bereits »genitalkorrigiert«, entweder durch »Amputation« bzw. »Exzision der Klitoris« oder durch »plastische Operation am hypospadischen Penis« (Wilkins, 1950, S. 238). Entsprechend heißt es für Kinder, deren Genitalien von ÄrztInnen als »abnormal« klassifiziert werden, seit 1950 bis heute entweder Klitoris-Teilamputation/»Verkürzung« oder »Hypospadiekorrektur«, je nachdem, ob sie (meist willkürlich) als Mädchen oder Jungen eingestuft wurden.

Ebenfalls seit 1950 bis heute sind es KinderendokrinologInnen gemeinsam mit KinderchirurgInnen, welche die »Behandlungen« leiten und die Eltern »beraten«, ungeachtet der offensichtlichen Tatsache, dass solche »Beratung« unvermeidlich zu noch mehr medizinischen unnötigen Genitaloperationen an wehrlosen Kindern führt. Eine aktuelle explorative Studie zeigt, dass medikalisierte Beratung durch KinderendokrinologInnen dazu führt, dass 65,9% prospektiver Eltern für unnötige »Genitalkorrekturen« ihre »Einwilligung« geben, während bei demedikalisierte Beratung, wie sie von Intersex-Organisationen gefordert wird, 77,1% prospektiver Eltern unnötige »Genitalkorrekturen« ablehnen – wobei beide Gruppen aussagen, ihre Entscheidungen beratungsunabhängig aufgrund ihrer eigenen Werte getroffen zu haben (Streuli et al., 2013).

Bis in die 1990er Jahre waren feminisierende »Korrekturen« die häufigste IGM-Praktik, nicht zuletzt aufgrund der chirurgischen Möglichkeiten (entsprechend dem berüchtigten ChirurgInnen-Motto: »Es ist einfacher, ein Loch zu graben, als einen Mast zu bauen«) sowie Klitorisamputationen oder noch radikalere Klitorisexstirpationen die gängige »Reduktionsmethode«.

In der westlichen Medizin waren Klitorisamputationen im 19. Jahrhundert als »Heilmittel« gegen Masturbation, »Hysterie« oder »zu große Klitoris« verbreitet (Zwischengeschlecht.info, 2010a). Während Klitorisamputationen wegen Masturbation und »Hysterie« in der medizinischen Zunft schnell heftig umstritten waren und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts meist ganz aufgegeben wurden, nahmen umgekehrt Amputationen wegen »zu großer Klitoris« nach 1950 sprunghaft zu und setzten sich in den 1960er Jahren in der »westlichen Medizin« als unhinterfragter Quasi-Standard zur »Heilung« von Kindern mit »uneindeutigen Genitalien« durch. Bis in die 1990er Jahre behaupteten Medi-

zinerInnen dabei unwidersprochen, es sei angeblich wissenschaftlich erwiesen, »die Orgasmusfähigkeit [leide] durch die Klitorisentfernung nicht« (Bierich, 1961, S. 287), und überhaupt hätten sich noch nie Überlebende beschwert, ebenso wenig wie bei FGM-Praktiken in Afrika (Zwischengeschlecht.org et al., 2014, S. 57f.). Bis heute gibt es dazu keinerlei Aufarbeitung.

Mit dem zweiten »Hypospadiekorrekturen«-Boom in den 1990er Jahren nahmen die Anforderungen der ÄrztInnen an einen »perfekten Penis« sprunghaft zu. Laut einer Deutschen Studie von 1995 an 500 Männern, die wegen Prostatatabeschwerden vorsprachen, wurden 225, d.h. 45%, von UrologInnen eine »korrekturwürdige« Hypospadie attestiert – obwohl alle über keinerlei diesbezügliche Beschwerden berichteten, alle im Stehen pinkeln konnten, alle »normalen« Geschlechtsverkehr haben konnten, und (mit Ausnahme eines homosexuellen Probanden) alle »auf normale Weise« Kinder gezeugt hatten (Dreger, 2014). Entsprechend nahmen seit den 1990er Jahren auch die Operationsraten an Kindern sprunghaft zu.

Entgegen anderslautender Lippenbekenntnisse von ÄrztInnen werden im deutschsprachigen Raum immer noch rund 90% aller Kinder mit Varianten der Geschlechtsanatomie oft mehrfach in die eine oder andere Richtung kosmetisch »genitalkorrigiert« (Jürgensen, 2009, S. 3), und sind international (soweit bekannt) medizinisch unnötige »Korrekturen« in absoluten Zahlen unverändert im Steigen begriffen (Zwischengeschlecht.org et al., 2014, S. 19).

4. Das Recht zu wissen, wer man ist

Ein wesentlicher Bestandteil der Intersex-Behandlungspraxis seit 1950 war das Bestreben, den betroffenen Kindern (und oft auch deren Eltern) ihre Besonderheit und (Medizin-)Geschichte an Besten ganz zu verheimlichen, und sie ansonsten möglichst dazu anzuhalten, diese ja nicht gegen außen bekannt werden zu lassen (»Schweigegebot«, »Sag es niemandem!«), wiederum in der gutgemeinten Absicht, dadurch potenzielle Stigmatisierung und stipulierte Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls zu vermeiden. Wie Überlebende aber immer wieder berichten, wurde auch dadurch letztlich meist das Gegenteil erreicht, einerseits, wenn zum Beispiel Kinder schlussfolgerten, sie müssten tödlich krank sein, weil Eltern und ÄrztInnen ihnen offensichtlich etwas vorenthielten, andererseits, wenn der Zwang zu Geheimniskrämerei und Stillschweigen bei Überlebenden erst recht das Gefühl hinterließ, sie seien inakzeptabel und ein »Monster«. Oft berichten Betroffene, dieser schambeladene Zwang zum Geheimnis habe

ihr Leben sogar noch schlimmer beeinträchtigt als die körperlichen Folgen der IGM-Praktiken.

Weniger öffentlich diskutiert und bekannt ist dagegen, dass dieser Eltern und Betroffenen von der Medizin auferlegte Geheimniszwang das mittlerweile unumstrittene Recht auf Wissen über die eigene Herkunft und Geschichte der betroffenen Kinder und späteren Erwachsenen massiv verletzt, und in diesem Zusammenhang auch ihr Recht auf persönliche Entfaltung und damit ihr Selbstbestimmungsrecht. Dasselbe gilt für die unverändert übliche Vorenthaltung von Krankenakten in Bezug auf erwachsene Überlebende.

Zwar hat sich vor allem in Bezug auf die Aufklärung der Eltern über die Besonderheit ihres Kindes in den letzten 10–15 Jahren unbestritten einiges getan, wohl nicht zuletzt aufgrund Befürchtungen der ÄrztInnen im Zusammenhang mit der Doktrin der informierten Einwilligung, ansonsten erfolgreichen Klagen von Eltern Tür und Tor zu öffnen. Trotzdem gibt es immer noch zahlreiche Berichte, dass Eltern nicht nur über die Diagnose ihres Kindes nicht aufgeklärt wurden, sondern dass obendrein versucht wurde, ihnen an ihrem Kind gemachte unnötige Eingriffe zu verheimlichen, oder solche ohne elterliche Einwilligung durchgeführt werden (Lang, 2006, S. 247; Intersexuelle Menschen e. V./XY-Frauen, Humboldt Law Clinic, 2011, S. 37f.).

Schlechter sieht es aus mit der Aufklärung der Betroffenen: Auch in jüngster Zeit werden immer noch 50% der betroffenen Kinder und 25% der betroffenen Jugendlichen entweder gar nicht oder nur unzureichend aufgeklärt (Kleinemeier & Jürgensen, 2008, S. 32).

Noch schlechter steht es bezüglich Einsichtsrecht in Krankenakten für erwachsene Überlebende. Nach übereinstimmenden Aussagen Betroffener weigern sich die Krankenhäuser prinzipiell, Krankenakten herauszugeben, meist mit wiederkehrenden Ausreden (»Nichts mehr da«, »Wasserschaden im Archiv«), oft wird gar abgestritten, die Betroffenen seien überhaupt je selbst in Behandlung gewesen (Zwischengeschlecht.info, 2014b) In den seltenen Fällen, in denen es Betroffenen gelingt, ihre Akten trotzdem wenigstens teilweise herauszubekommen, geschieht dies meist erst nach juristischen Drohungen. In Deutschland stellen sich Behörden gegenüber dieser besonders krassen Missachtung des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen bis heute taub; auch Versuche, auf dem Gerichtsweg an Akten heranzukommen, werden von den zuständigen Behörden einfach schubladisiert. Selbst in Bundesländern, in denen Zugang zu Akten und eine verlängerte Aufbewahrungsfrist durch Landtags- bzw. Bürgerschaftsbeschluss angeordnet wurde, hat sich bisher konkret rein gar nichts bewegt (Zwischengeschlecht.info, 2014b). Auf Überlebende wirkt solch rechtswidriges

Verhalten von Krankenhäusern und Behörden nicht selten Trauma verstärkend bzw. retraumatisierend.

5. Das Recht auf Zugang zur Justiz

Dass Intersex-Genitalverstümmelungen Folter oder zumindest grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung darstellen, ist erwiesen (UN-Sonderberichterstatter über Folter, 2013, S. 18f.; UN-Ausschuss gegen Folter, 2011, S. 6f.). Für Überlebende, deren Selbstbestimmungsrechte durch IGM-Praktiken allermeist massivst und institutionalisiert verletzt wurden, und die meist ihr Leben lang an den körperlichen und seelischen Folgen zu leiden haben, aber auch zur Prävention künftiger Rechtsverletzungen ist es zentral, dass begangenes Unrecht aufgearbeitet, sanktioniert und – soweit noch möglich – wiedergutmacht wird. Nicht umsonst ist u. a. in der UN-Konvention gegen Folter explizit festgehalten, dass der Staat verpflichtet ist, erstens BewohnerInnen vor Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung zu schützen, und zweitens gegebenenfalls Verstöße zu ahnden und Opfer zu entschädigen. 2011 forderte z. B. der UN-Ausschuss gegen Folter Deutschland explizit dazu auf,

»Vorfälle, in denen intersexuelle Menschen ohne wirksame Einverständniserklärung chirurgisch oder anderweitig medizinisch behandelt wurden, zu untersuchen, und Rechtsvorschriften zu erlassen, die den Opfern solcher Behandlungen Rechtsschutzmöglichkeiten, einschließlich angemessener Entschädigungen, gewähren« (UN-Ausschuss gegen Folter, 2011, S. 6f.).

Dass Deutschland (wie auch Österreich und die Schweiz) in blanker Missachtung von Grundgesetz und internationalem Recht sich bis heute weigern, entsprechende Schritte zu unternehmen, ist leider eine Tatsache (Zwischengeschlecht.info, 2013a). Dies ist umso gravierender, da Überlebende wegen der aktuellen Verjährungsbestimmungen keine Chance haben, rechtzeitig gegen ihre PeinigerInnen zu klagen – und die TäterInnen umgekehrt umso sicherer vor gerechter Strafe sein können, je früher sie menschenrechtswidrige Eingriffe an Intersex-Kindern durchführen. Ebenso gravierend ist es, dass Betroffene kaum Zugang zu adäquaten Therapiemöglichkeiten zur seelischen Aufarbeitung und Bewältigung ihrer Traumata haben, oder solche oft aus der eigenen Tasche bezahlen müssen.

Die andauernde faktische Straflosigkeit von IGM-Praktiken und deren fortgesetzte Leugnung und Bagatellisierung durch Medizin, Behörden und Politik

wirken für Betroffene direkt Trauma verstärkend bzw. retraumatisierend. Überlebende und ihre Organisationen unterstreichen seit Langem, dass gesetzgeberische Maßnahmen zur Beendigung aller IGM-Praktiken dringend angezeigt sind – einschließlich einer Aufhebung oder Aussetzung der Verjährungsfristen, wie dies u. a. bei weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) und sexualisierter Gewalt an Kindern bereits erfolgt oder in Diskussion ist.

6. Das Recht auf die eigene Geschlechtsidentität

Entgegen verbreiteten stereotypisierenden und/oder vereinnahmenden Unterstellungen leben die meisten Intersexen als Männer oder Frauen – Überlebende von IGM-Praktiken meist, weil sie hauptsächlich ganz andere Probleme haben, unversehrt Aufgewachsene oft aus pragmatischen Gründen. Überlebenden, die sich öffentlich als Intersex bezeichnen, geht es meist weniger um Geschlechtsidentität, sondern um eine praktisch-politische Identität zur Selbstermächtigung bzw. psychischen Integration des ihnen angetanen Unrechts und zur politischen Sichtbarmachung der Verletzungen ihrer Körper, Psyche und Menschenrechte durch die fortdauernden IGM-Praktiken.

Einige Betroffene identifizieren sich als »dazwischen«, »beides« oder »weder-noch« und leiden darunter, in amtlichen Dokumenten und im Personenstandsrecht keine dritte Option zur Verfügung zu haben. In Deutschland versuchen aktuell Betroffene berechtigterweise erneut, eine solche durch den Instanzenweg gerichtlich einzuklagen (Lang, 2006, S. 213f.; Dritte Option, 2014).

Von solchen legitimen Bestrebungen abzugrenzen ist vereinnahmende Personenstandspolitik auf Kosten genitalverstümmelter Intersex-Kinder; etwa wenn »Sachverständige« und PolitikerInnen seit Jahr und Tag öffentlich behaupten, ein dritter Personenstand sei »das« Intersex-Anliegen überhaupt, und Personenstandsreformen sowie Anti-Diskriminierungsgesetze würden quasi als Allheilmittel automatisch auch die Beendigung von IGM-Praktiken nach sich ziehen. Tatsächlich ist beides nicht zutreffend: So hat Australien 2003 für amtliche Dokumente neben »M« und »F« eine dritte Kategorie »X« eingeführt (die allen Erwachsenen offensteht), und 2013 Diskriminierung wegen »Intersex Status« (definiert als »biologische Variation«) explizit unter Strafe gestellt. Trotzdem dauern IGM-Praktiken auch in australischen Kinderkliniken unverändert an.

Jüngste Folge solcher schädlichen und vereinnahmenden Darstellungen ist der 2013 in Deutschland eingeführte, von Medien und PolitikerInnen als an-

gebliche »Option« und »kleine Revolution für Intersexuelle« angepriesene Personenstand-Murks §22(3) PStG, der in Tat und Wahrheit bei »uneindeutigen« Kindern die Eintragung eines Geschlechts offiziell verbietet und deshalb von Intersex-Organisationen international als stigmatisierend und kontraproduktiv kritisiert wurde (Zwischengeschlecht.info, 2013b), sowie die dazugehörige Verwaltungsvorschrift, die explizit einmal mehr die alleinige Definitionshoheit der Medizin festschreibt (Zwischengeschlecht.info, 2014c). Für beide Vorlagen wurden Betroffene und ihre Organisationen bezeichnenderweise nicht konsultiert. Als Reaktion darauf hielt das 3. Internationale Intersex Forum in seiner Forderungsliste explizit fest:

1. Intersex-Kinder sollen als männlich oder weiblich eingetragen werden.
2. Der Geschlechtseintrag soll auf Antrag der erwachsenen oder einwilligungsfähigen minderjährigen betroffenen Person in einem einfachen Verwaltungsverfahren abgeändert werden können.
3. Eine oder mehrere dritte Optionen sollen allen Erwachsenen und einwilligungsfähigen Minderjährigen offen stehen (Third International Intersex Forum, 2013).

7. Fazit

Soweit Intersex und die Anliegen von Intersex-Menschen in Öffentlichkeit, Medien und Politik überhaupt zur Debatte stehen, werden sie in der Regel immer noch meist auf Gender- und LGB(T)-Anliegen (Klauda, 2002) oder die Forderung nach Einführung eines dritten Personenstandes bzw. der Abschaffung jeglicher Geschlechtseinträge reduziert (OII Australia, 2014) – während gleichzeitig die dringendste Intersex-Forderung nach einem Verbot der andauernden IGM-Praktiken ignoriert, z. B. 2012 durch den Deutschen Ethikrat (Voß, 2012, S. 6), und den TäterInnen noch offiziell die Lizenz zum Weiterverstümmeln erteilt wird, z. B. 2013 durch den Deutschen Bundestag (Zwischengeschlecht.info, 2013a). Allen öffentlichen Diskussionen und politischen Anstrengungen der Betroffenen zum Trotz stehen überall in der »entwickelten Welt« in Universitätskinderkliniken alle Formen von IGM-Praktiken unverändert auf der Tagesordnung, nicht zuletzt aus finanziellen Gründen (z. B. in Deutschland erzielen Kinderkliniken pro »Vaginalplastik« € 8175,12 Reingewinn, vgl. Zwischengeschlecht.info, 2010b). Seit über 15 Jahren ist Kolumbien weltweit immer noch das einzige Land, das IGM-Praktiken durch Urteile des Obersten Gerichtshofes wenigstens teilweise eingeschränkt (ISNA, 1999).

Seit über 20 Jahren gehen Überlebende von Intersex-Genitalverstümmelungen an die Öffentlichkeit und auf die Straße. Die Reaktionen der Medizin unterstreichen unverändert, dass erst gesetzgeberische Maßnahmen tatsächlichen Fortschritt erreichen werden. Die sich aktuell international vernetzende Zwitterbewegung stellt sich auf einen langen, erbitterten Kampf ein. Immerhin: Seit Intersex-Menschen und ihre Organisationen sich 2009 zum ersten Mal direkt an einen UN-Ausschuss wandten, haben sich mindestens 14 internationale Menschenrechtsgremien gegen IGM-Praktiken positioniert, darunter der UN-Sonderberichterstatter über Folter, der UN-Ausschuss gegen Folter, die Weltgesundheitsorganisation (WHO), UNICEF und der Europarat (vgl. *Zwischengeschlecht.org*, 2014, S. 2f.), davon kamen allein 2014 acht neu dazu. In South Carolina (USA) und Bayern (Deutschland) sind aktuell erstmals zwei Zivilrechtsverfahren gegen IGM-Chirurgen und -Universitätskliniken gleichzeitig an Laufen. Anfang 2015 sind in Malta, Kamerun und Deutschland zum ersten Mal in drei Ländern gleichzeitig gesetzgeberische Bestrebungen im Gange. Das Rennen darum, welches Land als erstes IGM-Praktiken gesetzlich verbieten wird, läuft. Denn von alleine, darin sind sich Intersex-Organisationen einig, wird die Medizin mit dem Verstümmeln nicht aufhören.

Literatur

- Alexander, T. (1997). Der medizinische Umgang mit Intersexuellen Kindern. Eine Analogie zum sexuellen Kindesmissbrauch. <http://blog.zwischengeschlecht.info/pages/Intersex-Analogie-Kindesmissbrauch-Tamara-Alexander-1997> (05.01.2015).
- Barbagli, G. (2010). Failed hypospadias repair, presentation at 3rd Surgical Workshop of Complex Uro-Genital Reconstructive Surgery, Serbia. <http://www.failedhypospadias.com/files/Belgrado2.pdf> (05.01.2015).
- Bierich, J. (1961). Adrenogenitales Syndrom. In C. Overzier (Hrsg.), *Die Intersexualität* (S. 353–394). Stuttgart: Thieme.
- Bundesregierung (2007). Antwort auf die Kleine Anfrage. Situation Intersexueller in Deutschland, Drucksache 16/4786. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/047/1604786.pdf> (05.01.2015).
- Bundesregierung (2014). Response to the questions in the List of Issues relating to the first German country review, CRPD/C/DEU/Q/1/Add.1. http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/DEU/CRPD_C_DEU_Q_1_Add-1_18559_E.doc (05.01.2015).
- Czeloth, K., Mallidis, C., Pühse, G. & Kliesch, S. (2014). Function of Uncorrected Cryptorchid Testes in 8 Postpubertal Patients – Do we have to Reconsider the Management of Cryptorchidism? Presentation at the 25th Congress of the European Society for Paediatric Urology (ESPU), 09.05.2014. <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2014/05/18/Intersex-ESPU-2014-Bauchhoden-Hormone-fertil> (05.01.2015).
- Devore, T.H. (2003). Aufwachsen im chirurgischen Mahlstrom (1997). In H. Lightfoot-Klein (Hrsg.), *Der Beschneidungskandal* (S. 55–58). Berlin: Orlanda Frauenbuchverlag. <http://blog.zwischengeschlecht.info/pages/Devore-chirurgischer-Mahlstrom> (05.01.2015).

- Dreger, A.D. (2006). Intersex and Human Rights. The Long View. In S. Sytsma (Hrsg.), *Ethics and Intersex* (S. 73–86). Dordrecht: Springer.
- Dreger, A. (2014). Do You Have to Pee Standing Up to Be a Real Man? *Pacific Standard*, 13(Feb.). <http://www.psmag.com/navigation/health-and-behavior/pee-standing-real-man-73133/> (05.01.2015).
- Dritte Option (2014). Der erste »offizielle« Schritt auf dem Weg zu einer dritten Option ist gemacht! <http://dritte-option.de/der-erste-offizielle-schritt-auf-dem-weg-zu-einer-dritten-option-ist-gemacht/> (05.01.2015).
- Finke, R. & Höhne, S.-O. (Hrsg.). (2008). Vorwort. In *Intersexualität bei Kindern*. Bremen: Uni-Med.
- Fisch, M. & Riechardt, S. (2011). Hypospadie – Alternativen, Heilungschancen und Risiken bei Hypospadie. <http://www.operation.de/hypospadie-heilungschancen/> (05.01.2015).
- González, R. & Ludwikowski, B.M. (2014). Should the genitoplasty of girls with CAH be done in one or two stages? *Frontiers in Pediatrics*. <http://journal.frontiersin.org/Journal/10.3389/fped.2013.00054/full> (05.01.2015).
- González, R. & Piaggio, L.A. (2006). Ambiguous genitalia, Current Opinion. *Urology*, 16(4), 273–276. http://journals.lww.com/co-urology/Abstract/2006/07000/Ambiguous_genitalia.14.aspx (05.01.2015).
- Grob, M., Stockmann, M. & Bettex, M. (1957). *Lehrbuch der Kinderchirurgie*. Stuttgart: Thieme.
- Hauser, G.A. (1961). Testikuläre Feminisierung. In C. Overzier (Hrsg.), *Die Intersexualität* (S. 261–282). Stuttgart: Thieme.
- Intersexuelle Menschen e.V./XY-Frauen, Humboldt Law Clinic: Parallelbericht zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (CAT). http://intersex.schattenbericht.org/public/Schattenbericht_CAT_2011_Intersexuelle_Menschen_e_V.pdf (05.01.2015).
- ISNA (o.J.). Intersex Society of North America. How common is intersex? <http://www.isna.org/faq/frequency> (05.01.2015).
- ISNA (1999). Intersex Society of North America. Colombia's Highest Court Restricts Surgery on Intersex Children. <http://www.isna.org/colombia> (05.01.2015).
- Jürgensen, M. (2009). Klinische Evaluationsstudie im Netzwerk DSD/Intersexualität. Zentrale Ergebnisse. Vortrag vom 27.05.2009. http://kastrationsspital.ch/public/Corpus-delicti_27-5-09.pdf (05.01.2015).
- Klauda, G. (2002). Fürsorgliche Belagerung. Genitale Verstümmelung von Hermaphroditen. Vortrag gehalten am 31. Oktober 2002 im Berliner Haus der Demokratie und Menschenrechte. In AStA FU (Hrsg.), *Out Of Dahlem Nr. 1* (S. 40–44). Berlin: AStA-Druck. <http://web.archive.org/web/20080214070642/http://www.lobby-fuer-menschenrechte.de/anthologie/georgklauda.html> (05.01.2015).
- Kleinemeier, E. & Jürgensen, M. (2008). Erste Ergebnisse der Klinischen Evaluationsstudie im Netzwerk Störungen der Geschlechtsentwicklung/Intersexualität in Deutschland, Österreich und Schweiz. Januar 2005 bis Dezember 2007. http://www.netzwerk-dsd.uk-sh.de/fileadmin/documents/netzwerk/evalstudie/Bericht_Klinische_Evaluationsstudie.pdf (05.01.2015).
- Lang, C. (2006). *Intersexualität. Menschen zwischen den Geschlechtern*. Frankfurt/M.: Campus.
- Nationale Ethikkommission (2012). Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK-CNE: Zum Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung. Ethische Fragen zur »Intersexualität«. Stellungnahme Nr. 20/2012. http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/NEK_Intersexualitaet_De.pdf (05.01.2015).
- Medizinische Hochschule Hannover (O.J.). Leistungsspektrum Klinik für Kinderchirurgie: Hypospadie. <http://www.mh-hannover.de/kch-hypospadie.html> (05.01.2015).

- Klinikum Offenbach GmbH, Qualitätsbericht 2011. http://www.klinikum-offenbach.de/uploads/tx_templavoila/qualitaetsbericht_klio_2011.pdf (05.01.2015).
- Kogan, B.; Sandberg, D., Gardner, M., Oyensanya, T., Anderson, D. & Szmaj, P. (2012). Changes in Urologist DSD Treatment Recommendations from 2003 to 2001. Presentation at 23rd Congress of the European Society for Paediatric Urology (ESPU), 12.05.2012. http://kastrationsspital.ch/public/ESPU_2012_Programme.pdf S. 314 (05.01.2015).
- OII Australia (2014). Different Priorities. <http://oii.org.au/28125/different-priorities/> (05.01.2015).
- Pfistermüller, K. & Cuckow, P. (2012). Analysis of Data Quality from 30 Years of Published Data on Hypospadias Outcomes. Presentation at 23rd Congress of the European Society for Paediatric Urology (ESPU), 10.05.2012. http://kastrationsspital.ch/public/ESPU_2012_Programme.pdf S. 204 (05.01.2015).
- Springer, A. & Baskin, L. (2014). Timing of Hypospadias Repair in Patients with Disorders of Sex Development. In O. Hiort & S. F. Ahmed (Hrsg.), *Understanding Differences and Disorders of Sex Development, Endocrine Development*, 27, 197–202. DOI: 10.1159/000363662.
- Streuli, J. C., Vayena, E., Cavicchia-Balmer, Y. & Huber, J. (2013). Shaping Parents. Impact of Contrasting Professional Counseling on Parents' Decision Making for Children with Disorders of Sex Development. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 1953–1960.
- Third International Intersex Forum (2013). Public Statement by the Third International Intersex Forum. http://www.ilga-europe.org/home/news/latest/intersex_forum_2013 (05.01.2015).
- Truffer, D. (2014). Input beim Fachtag Intersexualität »Von jetzt an gibt es mehr als Frauen und Männer ...«, Hannover 26.11.2014. http://zwischenengeschlecht.org/public/Zwischengeschlecht_Truffer_Fachtag_Hannover_Nov_2014_web.pdf (05.01.2015).
- UK Jena (o.J.). Kinderchirurgie Jena, Krankheitsbilder. Hypospadie. <http://www.kinderchirurgie.uniklinikum-jena.de/F%C3%BCr+Patienten/Krankheitsbilder/Hypospadie.html> (05.01.2015).
- UN-Ausschuss gegen Folter (2011). Abschließende Bemerkungen für Deutschland, 12.12.2011, CAT/C/DEU/CO/5, Abs. 20. http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CAT/cat_state_report_germany_5_2009_cobs_2011_de.pdf (05.01.2015).
- UN-Sonderberichterstatter über Folter (2013). Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Juan E. Méndez, on Certain Forms of Abuses in Health-Care Settings, A/HRC/22/53. http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf (05.01.2015).
- Voß, H.-J. (2012). *Intersexualität – Intersex. Eine Intervention*. Münster: Unrast.
- Westenfelder, M. (2011). Medizinische und juristische Aspekte zur Behandlung intersexueller Differenzierungsstörungen. *Der Urologe*, 50(5), 593–599.
- Wilkins, L. (1950). *The Diagnosis and Treatment of Endocrine Disorders in Childhood and Adolescence*. Springfield: Thomas Publishing.
- Zwischengeschlecht.info (2010a). Intersex-Genitalverstümmelungen in Kinderkliniken – eine Genealogie. <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2010/07/31/Intersex-Genital-verstuemmelungen-Genealogie> (05.01.2015).
- Zwischengeschlecht.info (2010b). Kinderkliniken: € 8175,12 Reingewinn pro Genitalverstümmelung [Eckhard Korsch, Vortrag zum DSD Consensus Statement, APE 2006]. <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2010/10/11/Kinderkliniken-Euro-8175-Reingewinn-pro-Genitalver%C3%BCmmelung> (05.01.2015).
- Zwischengeschlecht.info (2011). Prof. Dr. Hans Naujoks: »Seit 1934 rassistisch motivierte medizinische Operationen an intersexuellen Menschen« (Dt. Ethikrat, 19.7.11). <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2011/07/20/Deutscher-Ethikrat-rassistisch-motivierte-Operationen-an-Intersexuellen-Naujoks> (05.01.2015).

- Zwischengeschlecht.info (2012a). Intersex-Genitalverstümmelungen (IGMs) in Kinderkliniken: Typische Diagnosen und Eingriffe. <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2012/03/23/Genitalverstümmelung-typische-Diagnosen-und-Eingriffe> (05.01.2015).
- Zwischengeschlecht.info (2012b). NS-Diagnose »Intersexuelle Konstitution«. <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2012/06/21/Intersex-Typ-Schizoid-Weibel-Frauenheilkunde-1944> (05.01.2015).
- Zwischengeschlecht.info (2013a). Intersex im Bundestag, 27.6.13: CDU/CSU + FDP = noch mindestens eine Legislaturperiode ungestört weiterverstümmeln. <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2013/06/19/Intersex-Bundestag-27-6-2013-CDU-CSU-FDP-ungestort-weiterverstuemmeln> (05.01.2015).
- Zwischengeschlecht.info (2013b) »Intersex: Neuer Geschlechtseintrag in Deutschland« (Spiegel, Huff Post, Guardian, etc.) – Saure-Gurken-Fantasien vs. Wirklichkeit der Genitalverstümmelungen. <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2013/08/20/Intersex-Geschlechtseintrag-Saure-Gurken-Fantasien-Reale-Genitalverstuemmelungen> (05.01.2015).
- Zwischengeschlecht.info (2014a). Nazi-»Erbkrankheiten«: Intersex, Rassenmischung, Hypospadie, Scheinzwittertum, Epispadie, DSD (Baur, Fischer, Lenz). <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2014/10/08/Rassenmischung-Intersex-Hypospadie-Scheinzwittertum-Epispadie-DSD-Baur-Fischer-LenzErblehre-Rassenhygiene> (05.01.2015).
- Zwischengeschlecht.info (2014b). LIVEBLOG Intersex-Fachtagung Hamburg 09.07.2014. <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2014/07/09/LIVEBLOG-Fachtagung-Hamburg-09-07-2014> (05.01.2015).
- Zwischengeschlecht.info (2014c). Neue Verwaltungsvorschrift zum Intersex-Personenstand-Murks §22(3) PStG: Deutscher Bundesrat ab sofort offiziell IGM-Mittäter. <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2014/05/29/Verwaltungsvorschrift-Intersex-Personenstand-Murks-Deutscher-Bundesrat-offiziell-Mittaeater> (05.01.2015).
- Zwischengeschlecht.org (2014). Offener Brief zu AWMF-Intersex/DSD-Leitlinien von Betroffenen, Partnern, Familien, Freunden, Unterstützer_innen. http://zwischengeschlecht.org/public/Offener-Brief_AWMF-Intersex-DSD-Leitlinien_2014.pdf (05.01.2015).
- Zwischengeschlecht.org; Intersex.ch & SI Selbsthilfe Intersexualität (2014). Intersex Genital Mutilations. Human Rights Violations Of Children With Variations Of Sex Anatomy. NGO Report to the 2nd, 3rd and 4th Periodic Report of Switzerland on the Convention on the Rights of the Child (CRC), INT/CRC/NGO/CHE/18022/E. http://intersex.shadowreport.org/public/2014-CRC-Swiss-NGO-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM_v2.pdf (05.01.2015).