

Hinter dem Begriff Intersexualität oder Zwischengeschlechtlichkeit verbergen sich viele unterschiedliche Phänomene nicht eindeutiger Geschlechtszugehörigkeit mit jeweils verschiedenen Ursachen. Angaben, wie viele Menschen betroffen sind, schwanken – je nachdem, wie Intersexualität definiert wird – stark.

In allen Lebensbereichen, in denen eine Zuordnung nach dem Geschlecht erfolgt, werden intersexuelle Menschen zu einer Entscheidung gezwungen, die sie eigentlich nicht treffen können und wollen und daher oft als diskriminierend empfinden. Sie fühlen sich oft auch durch die geltende Rechtslage, insbesondere das Personenstandsrecht, das Namensrecht sowie das Ehe- und Lebenspartnerschaftsrecht, benachteiligt.

Im Deutschen Bundestag werden derzeit drei Gesetzesvorschläge diskutiert, die zum Ziel haben, das Merkmal der sexuellen Identität in das im Grundgesetz (Art. 3 Abs. 3 Satz 1) festgeschriebene Benachteiligungsverbot aufzunehmen. Damit sollen die Rechtsstellung intersexueller Menschen und ihr Schutz vor Diskriminierung verbessert werden.

Vor diesem Hintergrund stellt sich zunächst die Frage, ob es sich bei den einzelnen Formen von Intersexualität um eine Störung oder vielmehr um eine Variante der Geschlechtsentwicklung handelt. Davon ausgehend, ergibt sich eine Reihe medizin-, rechts- und sozioethischer Fragen:

- » Wie verhalten sich korrigierende oder angleichende Eingriffe im Kindesalter mit entsprechenden lebenslangen Folgen für die Betroffenen zum Recht auf physische und psychische Unversehrtheit und Selbstbestimmung?
- » Was spricht gegen eine Vielfalt an Körpern, Geschlechtsidentitäten und Rollenverhalten?
- » Welche Verantwortung trägt die Gesellschaft im Umgang mit dem Anderssein? Ist die Politik gefordert?
- » Welche Erfahrungen und Bedürfnisse haben Betroffene und welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus ableiten?

Es ist Anliegen des Ethikrates, dazu beizutragen, die Debatte zu diesem Thema zu enttabuisieren, vorherrschende, gesellschaftlich festgelegte Geschlechternormen zu hinterfragen und auf diese Weise die Diskussion über die gesellschaftliche Akzeptanz intersexueller Menschen anzustoßen.

Im Rahmen seiner Veranstaltungsreihe Forum Bioethik möchte der Ethikrat die oben genannten Fragen gemeinsam mit Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt, Prof. Dr. Konstanze Plett sowie mit Lucie Veith und Claudia Kreuzer diskutieren. Dr. Michael Wunder führt durch die Veranstaltung.

Forum Bioethik

Intersexualität

Leben zwischen den Geschlechtern

Einladung

Forum Bioethik

Intersexualität

Leben zwischen den Geschlechtern

Mittwoch · **23. Juni 2010** · 18:00 Uhr s.t.

Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Leibniz-Saal
Markgrafenstraße 38 · 10117 Berlin
(U2 Hausvogteiplatz)

Anmeldung erforderlich (siehe beiliegende Antwortkarte).

Für Hörgeschädigte steht während der Veranstaltung bei Bedarf ein Gebärdendolmetscher oder eine Simultanmitschrift zur Verfügung.

Vorträge mit anschließender Podiumsdiskussion

Begrüßung

Prof. em. Dr. iur. Edzard Schmidt-Jortzig
Vorsitzender des Deutschen Ethikrates

Teilnehmer

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt
*Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für
Sexualforschung und Forensische Psychiatrie*

Prof. Dr. iur. Konstanze Plett, LL. M. (Wisconsin-Madison)
Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft

Lucie Veith

Verein Intersexuelle Menschen e. V.

Claudia Kreuzer

Verein Intersexuelle Menschen e. V.

Moderation

Dr. phil. Michael Wunder
Mitglied des Deutschen Ethikrates



Forum Bioethik

**Intersexualität – Leben zwischen den
Geschlechtern**

Berlin, 23. Juni 2010

Simultanmitschrift

Prof. em. Dr. iur. Edzard Schmidt-Jortzig [Vorsitzender des Deutschen Ethikrates]: Verehrte Damen, meine Herren, namens des Deutschen Ethikrates begrüße ich Sie vielmals zu unserem heutigen Forum Bioethik.

Bei schwülem Wetter und anhaltendem Fußballfieber in der Stadt haben wir uns wieder zu einem Thema zusammengefunden, was mit Sicherheit nicht in den täglichen Schlagzeilen zu finden ist. Die Reihe *Forum Bioethik* will sich ja mit solchen Themen befassen, drei-, vier-, fünfmal im Jahr, die noch, aber vielleicht auch gar nicht in die Schlagzeilen rücken, aber trotzdem eine gewisse Aktualität haben, einen tiefer gehenden Hintergrund und vor allen Dingen sehr vielseitig und vielschichtig sind. Das heutige Thema, für dessen Aufgriff und Betreuung ich unserem Kollegen Herrn Dr. Wunder herzlich danke, ist sowohl, was die ethische Dimension angeht, als auch was die – wenn Sie wollen – ordnungspolitische Dimension für ein Ordnungsgefüge, für ein staatliches Gemeinwesen etwa, anbetrifft, ganz unterschiedlich strukturiert. Wir haben seit 1980 ein Transsexuellengesetz, was im Übrigen – als Rechtswissenschaftler darf ich Ihnen das sagen – noch nirgendwo eine wissenschaftliche, grundsätzliche Kommentierung gefunden hat. Und dieses Transsexuellengesetz hat sich mit der ordnungspolitischen Seite zu befassen versucht. Ob das ausreicht, werden wir vielleicht heute erfahren, ob Wünsche auch an diese Seite der Problematik zu stellen sind, werden wir erfahren. Aber vor allen Dingen möchten wir uns mit den ethischen, also den menschlichen Problemen dieses Themas beschäftigen. Ich begrüße Sie dazu herzlich und übergebe jetzt für alles Weitere, insbesondere eine kurze Einführung, Herrn Kollegen Wunder das Wort. Sie haben es!

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Ja, danke schön, Herr Professor Schmidt-Jortzig! Sehr geehrte Damen und Herren, auch ich darf Sie ganz herzlich zu diesem Forum begrüßen und beginne mit einem Hinweis auf das Ende dieses Forums, weil sehr viele, die gekommen sind – und ich schließe mich da auch ein – natürlich sehr interessiert sind an dem Fußballspiel heute Abend, Deutschland gegen Ghana, und wir werden dieses Fußballspiel hier auf dieser Leinwand auch direkt im Anschluss, nämlich ab halb neun, übertragen. Vuvuzelas sind selbstverständlich nicht zugelassen in diesem Saal, aber das kennen Sie, das heißt Sie brauchen einfach nur sitzen zu bleiben. Sie brauchen also nicht um Viertel nach acht panisch den Raum zu verlassen, Sie können hier also alles Wesentliche, was dann kommt, mitbekommen.

Aber das Ganze hat zur Folge, dass ich Sie heute Abend ja durch dieses Forum führe und es moderiere und ein recht strenger Meister der Zeit sein muss, damit wir tatsächlich um halb neun fertig sind mit allen Referenten und mit allen Redebeiträgen. Und deshalb verzichte ich auch auf weitere inhaltliche Einführungen. Sie haben unseren sehr allgemeinen Einführungstext auf unserer Einladung gelesen, ich darf formal, bevor ich zu den Referentinnen komme, nur noch sagen, dass von dieser Veranstaltung – wie von allen unseren Forum-Veranstaltungen – ein Audiomitschnitt gefertigt wird. Das heißt, alles, was Sie heute vielleicht noch mal meinen, hören und sehen zu wollen, können Sie im Netz noch einmal hören und sehen. Und es heißt aber auch, dass, wenn Sie sich nachher zur öffentlichen Diskussion melden, die herzliche Bitte an Sie ergeht, sich mit Namen zu melden. Dasselbe gilt auch für die Simultanmitschrift, die Sie hier auf dem Bildschirm von der Saalseite her links sehen. Diese Simultanmitschrift erfasst das gesprochene Wort für alle Menschen mit Hörbehinderungen, die uns hier besuchen.

Ich darf nun – wie angekündigt – die Referentinnen vorstellen. Doch bevor ich das tue, muss ich Ihnen eine kleine Programmänderung mitteilen, zu der wir uns im Ethikrat entschlossen haben, nachdem wir gesehen haben, dass wir mit dem ausgedruckten Programm doch auch etwas übersehen haben, nämlich das Netzwerk Intersexualität, das wissenschaftliche Netzwerk Intersexualität, und deshalb haben wir Frau Professor Claudia Wiesemann zusätzlich zu unserer Tagesordnung gebeten, am Anfang des Podiums noch ein Statement für dieses Netzwerk Intersexualität abzugeben. Das ist also ein integrierter Bestandteil, und ich freue mich besonders herzlich, dass Du, Claudia, gekommen bist, obwohl wir Dich zunächst offiziell nicht erwähnt haben, aber um so herzlicher: Danke schön, dass Du gekommen bist.

Ich darf Ihnen unsere erste Referentin vorstellen, und zwar Frau Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt, geboren 1949 in Graz, also in Österreich. Sie ist psychologische Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin. Ihr Studium der Psychologie hat sie an der Universität Wien absolviert. Ihre wissenschaftliche Karriere ist mit den Universitäten Bern, Konstanz und Hamburg verbunden, wo sie auch seit 1997 eine Professur am Fachbereich Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf hat. Hier ist sie auch stellvertretende Leiterin des Instituts für Sexualforschung und forensische Psychiatrie, und sie ist bekannt durch zahlreiche Veröffentlichungen zum Thema, zur Psychoendokrinologie, zur psychologischen Diagnostik, zur Psychotherapie, natürlich auch zu verschiedenen Themen der Sexualwissenschaft und insbesondere zum Thema der Traumatisierungen und der Intersexualität. Sie ist auch die Leiterin des Forschungsprojektes zur Katamnese von Menschen mit Intersexualität, das unter anderem von der DFG gefördert wird, und das ist der Link zu dieser Veranstaltung. Das hat dazu geführt, dass wir Dich, liebe Hertha, eingeladen haben, und wir freuen uns nun auf Dein

Eingangsreferat „Irritationen des Geschlechts. Varianten der Geschlechtsentwicklung“. Herzlich willkommen und danke, dass Du gekommen bist!

(Beifall)

Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt
[Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Als ich vor einigen Jahren einen Vortrag – es war einer meiner ersten Vorträge – zum Thema Intersexualität gehalten habe, habe ich die anwesenden Personen begrüßt mit „meine Damen und Herren“. Daraufhin ging ein Rumoren durch den Raum. Es waren nämlich im Raum einige Personen mit – ich sage jetzt – der Diagnose Intersexualität – das ist gar keine Diagnose, wie Sie nachher erfahren werden –, die es nicht richtig fanden, dass ich sie nicht extra erwähnt hatte, und deswegen begrüße ich Sie jetzt als „liebes Auditorium“.

(Beifall)

(Folie 1)

Ich möchte heute vor allem einen Überblick geben über verschiedene Dimensionen des Geschlechts und dann in einem zweiten Schritt erklären, inwiefern diese verschiedenen Dimensionen des Geschlechts bei Intersexualität eine Rolle spielen.

(Folie 2)

Einleitend: Wir verwenden im Deutschen den Begriff Geschlecht für biologische Faktoren, aber auch für das subjektive Erleben, für Geschlechtsrollenverhalten usw. Im Englischen unterscheiden wir zwischen Sex und Gender, während im Deutschen – wie gesagt – für beides der Begriff Geschlecht verwendet wird, was manchmal zu Irritationen führt.

(Folie 3)

Bevor ich anfangen, ein bisschen detaillierter über Geschlecht zu sprechen, möchte ich Sie aber darauf hinweisen, dass es gar nicht so einfach ist festzustellen, was denn überhaupt eigentlich ein Mann oder eine Frau ist. Sie werden wahrscheinlich hier hereingekommen sein und gedacht haben: Ich weiß doch, was ein Mann oder eine Frau ist. Sie werden hier rausgehen und sagen: Jetzt weiß ich es nicht mehr.

Hier einige Fragen für diejenigen, die ein bisschen einen biologischen Hintergrund haben, die wissen, dass üblicherweise Männer einen XY-Chromosomensatz haben. Daher die erste Frage: Hat jeder Mann ein Y-Chromosom? Es gibt Personen, die haben kein Y-Chromosom, und dennoch sehen sie von ihrem äußeren Erscheinungsbild völlig unauffällig männlich aus, das heißt wir können die Frage mit Nein beantworten, so wir denn diese Personen überhaupt als Mann bezeichnen wollen.

Eine weitere Frage, die hier in diesem Zusammenhang eine Rolle spielt und auch in der Behandlung der intersexuellen Personen: Ist denn der Penis eine notwendige Voraussetzung, um ein Mann zu sein? Wahrscheinlich werden Sie sagen: Was soll diese blöde Frage? Aber es gibt Personen, die aufgrund einer genetischen Störung keinen Penis entwickeln, obwohl sie einen männlichen Chromosomensatz haben und obwohl sie innere männliche Geschlechtsorgane haben. Kann eine Person mit einem Y-Chromosom auch eine Frau sein? Natürlich sind Sie jetzt bereits sensibilisiert. Üblicherweise ist es ja so, dass der Y-Chromosomensatz oder XY-Chromosomensatz typisch für Männer ist, aber es gibt Personen, die haben einen XY-Chromosomensatz und sehen vom äußeren Erscheinungsbild fast unauffällig wie Frauen aus.

Eine weitere Frage, die auch bei der Behandlung von Personen mit Intersexualität eine Rolle spielt, ist die Frage: Muss eine Person eine Vagina haben, um

eine Frau zu sein? Lange Zeit hat man in der Behandlung von Personen mit Intersexualität gemeint, dass bereits ein kleines Kind eine Vagina haben sollte oder haben muss, damit es sich als eine normale „Frau“ entwickelt. Und man hat auch gemeint, dass die psychosexuelle Entwicklung, wie gesagt, relativ früh auch eine feste körperliche Entsprechung haben muss, weil es sonst Probleme in der Entwicklung gibt. Das hat dazu geführt, dass Kinder, die keine Vagina hatten, bereits in den ersten Lebensjahren operiert wurden und man ihnen eine Vagina – ich sag jetzt ein bisschen böse – verpasst hat. Wenn ein kleines Kind eine Vagina bekommt, also eine Vagina konstruiert wird, ist es nötig, diese Vagina auch regelmäßig zu benutzen, weil sie sonst wieder zuwächst bzw. schrumpft. Das heißt: Diese Kinder, die diese künstliche Vagina bekommen haben, wurden bougiert, haben also über Jahre, meist von den Eltern, einen Stab, wenn man so will, in die Vagina eingeführt bekommen, damit sie, wenn sie erwachsen sind, einen normalen heterosexuellen Geschlechtsverkehr durchführen können.

Darf ein Mann einen Uterus haben? Sie haben gerade die Transsexualität erwähnt, da gibt es eine ganze Menge Publikationen zum Transsexuellengesetz, auch von der Deutschen Gesellschaft für Sexuallforschung, in deren Vorstand ich bin. Gerade in der Behandlung von Transsexuellen spielt diese Frage eine Rolle, weil es heute so ist, dass nach deutschem Gesetz Personen, die transsexuell sind – ich werde gleich noch ein bisschen genauer darauf eingehen –, Personen sind, die einen unauffälligen Körper, aber das Gefühl des subjektiven Erlebens haben, dieser Körper stimmt mit ihrem Erleben als Mann oder Frau nicht überein. Wenn also eine solche Person biologisch weiblich ist, sich aber wie ein Mann fühlt und den Personenstand ändern möchte, dann muss der Uterus entfernt werden. So ist zumindest die deutsche Gesetzgebung, weil die Fortpflanzungsfähigkeit beseitigt werden muss.

Eine Frage, die auch in der Behandlung von Intersexuellen eine Rolle spielt, ist die Frage: Wie groß darf denn die Klitoris einer Frau sein? Sie werden sich wundern, die Wissenschaft hat das statistisch beantwortet. Und zwar sollte die Klitoris einer Frau möglichst nicht mehr als zwei Standardabweichungen – ich erkläre jetzt nicht genau, was das ist, aber das ist ein Größenmaß – von der Norm abweichen. Es gibt Normen über die Größe der Klitoris einer Frau und wenn die Klitoris zu groß ist, so ist es über viele Jahre üblich gewesen, dass diese Personen operiert wurden und die Klitoris entweder völlig beseitigt oder verkleinert wurde, was dazu geführt hat, dass in vielen Fällen, zumindest vor vielen Jahren, die Sensibilität eingebüßt wurde.

Und das Analoge betrifft den Penis. Wie groß muss denn der Penis mindestens sein, damit ein Kind als Junge aufwächst und später als Mann leben kann? Auch hier wurde eine statistische Antwort erst mal gegeben. Nämlich, dass der Penis nicht mehr als zwei Standardabweichungen kleiner sein darf als der Durchschnitt. Wenn das der Fall ist, dann hat man aus diesen Kindern Mädchen gemacht. Auf Details gehe ich später noch ein.

(Folie 4)

Wenn wir von Geschlecht sprechen, ist es wichtig, dass – ich habe das vorhin schon gesagt – es auf der einen Seite den biologischen Begriff des Geschlechts gibt und auf der anderen Seite den psychologischen Begriff des Geschlechts. Wenn ich die psychologische oder psychische Seite betrachte, können wir im Wesentlichen drei Aspekte unterscheiden. Wir können einmal die Frage stellen: Als was erlebe ich mich? Erlebe ich mich als Mann oder Frau oder dazwischen? Ich kann die Frage stellen: Wie verhalte ich mich, verhalte ich mich männlich oder weiblich? Wenn ich heute zu Ihnen hier spreche, so werden Sie nicht mehr infrage stellen, dass ich mich weiblich verhalte; wenn ich das vor hundert Jahren gemacht

hätte, hätten Sie wahrscheinlich gemeint, ich würde mich männlich verhalten.

Zur sexuellen Orientierung nur ganz kurz: Das ist, glaube ich, ganz wichtig, weil es gerade auch bei Untersuchungen zum Thema Intersexualität eine Rolle spielt, dass wir hier verschiedene Faktoren unterscheiden müssen. Es reicht nicht aus, dass wir feststellen, ob eine Person homo- oder heterosexuell ist. Sie können sich nämlich vorstellen, dass, wenn eine Person zwischen den Geschlechtern lebt, homosexuell wäre, wenn sie eine andere Person zwischen den Geschlechtern lieben würde. Unser klassisches Verständnis von Homo- und Heterosexualität kommt da ein bisschen ins Schwanken. Aus diesem Grund unterscheiden wir folgendermaßen: Wie bezeichnet sich eine Person selber? Sagt sie von sich: Ich bin homosexuell oder heterosexuell? Oder sagt sie: Das trifft auf mich gar nicht zu. Die zweite Frage ist: Wen wählt jemand als Partner aus? Und die dritte Frage: Von wem oder was, bei einer Perversion, fühle ich mich angezogen? Und ich glaube, gerade beim Thema Intersexualität ist es interessant zu unterscheiden, weil es durchaus sein kann, dass eine Person, die einen Y-Chromosomensatz hat, relativ unauffällig als Frau lebt, sich zu einem Mann hingezogen fühlt, aber in den Fantasien durchaus fantasiert, dass sie eigentlich lieber mit einer Frau sexuell verkehren würde. Deswegen ist es wichtig, diese verschiedenen Dimensionen zu unterscheiden.

(Folie 5)

Ich will aber erst noch einmal zu den Äußerlichkeiten zurückgehen. Woran erkenne ich denn eigentlich ein Mädchen oder einen Jungen? Sie werden sagen: Ist doch klar, ein Kind hat schon bei seiner Geburt ein Genitale, und dann sagt man, das ist ein Mädchen oder ein Junge.

(Folie 6)

Hier werden Sie wahrscheinlich denken, ja, das sind zwei Jungen, und wieso soll ich das infrage stellen?

(Folie 7)

Wie ist das hier? Da werden Sie wahrscheinlich, wenn Sie jetzt nicht gerade hier sitzen würden, zunächst vermuten, das sind natürlich zwei Mädchen. Vom subjektiven Erleben her sind das zwei Mädchen, es sind aber zwei Mädchen, die einen biologisch männlichen Körper haben. Das heißt, das sind Kinder – wir sprechen bei Kindern noch nicht von Transsexualität, sondern von Störung der Geschlechtsidentität –, die in ihrem ganzen Erleben und Verhalten weiblich sind, aber einen Körper haben, der männlich ist. Aber dieser Körper ist – und das ist jetzt der Unterschied zur Intersexualität – völlig unauffällig, und wir wissen heute auch noch nicht, wie dieses Phänomen der Transsexualität überhaupt entsteht.

(Folie 8)

Und hier ein Kind – das Foto habe ich aus dem Netz –, da würde ich sagen, für mich sieht es eher wie ein Junge aus, aber im Netz steht, dass es ein Kind ist, das sich als intersexuell bezeichnet.

(Folie 9)

Ich will mal kurz zusammenfassen – ich weiß nicht, ob das von den letzten Reihen aus zu sehen ist. Ich nehme mal die erste Gruppe her. Ich bezeichne diese als Kontrollgruppe, weil ich sie nicht so gerne als Normal-Gruppe und die anderen drei Gruppen als Nicht-normal-Gruppen bezeichnen würde.

Bei der Kontrollgruppe haben wir Menschen, die einen Körper haben, der eindeutig männlich oder weiblich ist. Die sexuelle Identität stimmt mit der körperlichen Identität überein, das heißt, die Person hat einen weiblichen Körper und erlebt sich als Frau. Die Geschlechtsrolle ist so, dass diese Frau sich auch weiblich verhält, und in ihrer sexuellen Orientierung

fühlt sich diese Frau oder dieser Mann zu einer Person des anderen Geschlechts hingezogen.

Wie sieht das bei Homosexualität aus? Bei Homosexualität ist es so, dass wir einen unauffälligen männlichen oder weiblichen Körper haben. Es wird immer wieder diskutiert, wie es denn mit der Geschlechtsrollenidentität bei Homosexuellen ist. Aber ich glaube – dazu gibt es auch einige Studien –, dass in der Regel homosexuelle Personen nicht infrage stellen, ob sie Mann oder Frau sind, das heißt, sie fühlen sich ziemlich eindeutig einem Geschlecht zugehörig. Anders ist das beim Geschlechtsrollenverhalten. Sie alle kennen so gewisse Begriffe, die man Homosexuellen manchmal zuordnet, wie Tunte usw. Das sind Begriffe, die letztendlich zum Ausdruck bringen, dass es bei Homosexuellen vermehrt vorkommt, dass sie Geschlechtsrollen-Verhaltensweisen zeigen, die nicht unbedingt typisch männlich oder typisch weiblich sind. Und was die Orientierung angeht, ist klar, das ist per definitionem so, dass sie sich zu einer Person des gleichen Geschlechts hingezogen fühlen.

Und jetzt noch einmal zur Unterscheidung von Trans- und wann von Intersexualität: Bei den Transsexuellen haben wir einen unauffälligen Körper, männlich oder weiblich; die Geschlechtsidentität ist unauffällig, stimmt in der Regel, obwohl es da auch Varianten gibt, nicht mit dem Körper überein; das Geschlechtsrollenverhalten ist in der Regel sehr ausgeprägt übereinstimmend mit der Identität, das heißt, sie erleben sich als Frau und verhalten sich dann auch sehr weiblich. Und was die sexuelle Orientierung angeht, war es so, dass man früher gefordert hat, dass eine Person nur dann, wenn sie in einer neuen Rolle heterosexuell lebt, transsexuell ist. Wir wissen heute, dass das nicht dem Alltag entspricht, weil viele Personen, die eine neue Rolle und ein neues Geschlecht annehmen, dann auch in der neuen Rolle homosexuell sein können.

Bei der Intersexualität ist es am allerkompliziertesten. Wir haben keinen Körper, der eindeutig männlich oder eindeutig weiblich wäre. Man hat lange Jahre versucht, den Körper eindeutig zu machen. Und man hat gehofft, wenn der Körper eindeutig angepasst ist, dass dann auch die Geschlechtsidentität eindeutig männlich oder weiblich ist. Wir wissen, dass es viele Fälle gibt, in denen das nicht gelungen ist. Ich will jetzt gar nicht auf die Kritik der Behandlung eingehen, aber es gibt viele Personen, die zwar eindeutig männlich oder weiblich erzogen wurden, sich von der Identität her aber nicht eindeutig männlich oder weiblich erleben.

Bei der Geschlechtsrolle ist es ähnlich. Auch da ist es so, dass wir ein breites Spektrum an Rollenverhalten vorfinden, ebenso bei der sexuellen Orientierung. Bei dieser Gruppe kann das biologische Geschlecht irgendwo dazwischenliegen,, von der *Identität* her also nicht unbedingt eindeutig die eines Mannes oder die einer Frau sein, die *Rolle* nicht eindeutig männlich oder weiblich und auch die *Orientierung* sowohl auf das eine als auch das andere ausgerichtet, aber auch – wie gesagt – intersexuell sein.

(Folie 10)

Es gibt verschiedene Formen von Intersexualität. In der Regel ist es so, dass Sie in der Öffentlichkeit viel von den Kindern hören, die zur Welt kommen und kein eindeutiges Genitale haben. Mir ist es sehr wichtig zu betonen, dass das nur eine Gruppe ist, weil wir nämlich andere Personen haben, die zunächst mit einem eindeutigen Genitale zur Welt kommen, die auch zunächst völlig unauffällig sind, bei denen kein Mensch denkt, dass mit diesen Kindern irgendetwas anders sein könnte. Aber in der Pubertät läuft die Entwicklung nicht so, wie sie typischerweise verlaufen sollte. Wir haben entweder ein Kind, das einen weiblichen Körper, weibliche Genitalien hat und bei dem in der Pubertät seine Maskulinisierung, also eine Vermännlichung einsetzt. Das heißt, dass die Klitoris

wächst, fast wie zu einem kleinen Penis. Dieses Kind oder dieser Jugendliche bekommt eine tiefe Stimme, einen Bartwuchs. Ich kann schon vorwegnehmen, man kann sich vorstellen, dass so ein Kind etwas irritiert ist, wenn es diese körperlichen Veränderungen an sich beobachtet.

Es kann aber auch etwas anderes eintreten: Es kann sein, dass ein Kind zunächst als Junge groß geworden ist, dass aber in der Pubertät die Maskulinisierung nicht richtig einsetzt, das heißt, dass genau diese Phänomene, die typisch sind, ausbleiben. Ja, es kann sogar sein, dass dieses Kind, das mit einem Penis groß geworden ist, in der Pubertät plötzlich eine Brust bekommt. Es gibt ganz seltene Fälle, bei denen dieses Kind sogar aus dem Penis blutet, und das ist eine Menstruation.

Pubertätsentwicklungen können auch ausbleiben, das heißt, ein Kind, das bisher als Mädchen gelebt hat, kommt in die Pubertät, aber die Menstruation setzt nicht ein, die Brustentwicklung setzt nicht ein, und – das geht ein bisschen einher mit dem, was ich bisher gesagt habe – wir beobachten bei einem Kind, das einem Geschlecht zugeordnet ist, bestimmte Phänomene, die eigentlich für das andere Geschlecht, und zwar bezogen auf den Körper, typisch sind.

(Folie 11)

Es gibt verschiedene Formen von Intersexualität. Ich muss vielleicht vorweg sagen: Intersexualität für sich genommen ist überhaupt keine Diagnose, sondern es gibt eine ganze Menge von verschiedenen Erscheinungsformen. Wir unterscheiden heute im Prinzip drei Formen. Die erste Form ist eine Form, wo wir einen unauffälligen weiblichen Chromosomensatz haben und diese Person aber nicht die typisch weibliche Entwicklung nimmt. Die zweite Form sind Personen mit einem XY-Chromosomensatz, also einem männlichen Chromosomensatz, und es setzt nicht die typisch männliche Entwicklung ein. Und wir

haben auch Formen, wo der Chromosomensatz nicht eindeutig männlich oder weiblich ist, auf diese Gruppe will ich heute am wenigsten eingehen, die hat früher auch nicht zur Intersexualität dazugehört.

(Folie 12)

Zur Definition von Intersexualität: Ich spreche immer noch gerne von Intersexualität, die Fachwelt hat sich dazu entschieden, von *Störungen der Geschlechtsentwicklung* zu sprechen. Sie haben am Titel meines Vortrags, bei dem ich von Varianten gesprochen habe, gemerkt, dass auch ich infrage stelle, ob man wirklich in allen Fällen von einer Störung sprechen muss. Es gab eine Konsensuskonferenz, eine interdisziplinäre Konsensuskonferenz, wo Fachleute der verschiedenen Richtungen zusammenkamen, Kinderärzte, Chirurgen, Urologen usw., die folgende Definition von Intersexualität aufgestellt haben: Sie haben sich auf die Bezeichnung Disorders of Sex Development oder kurz DSD als angeborene Bedingungen geeinigt, bei denen die Entwicklungen des chromosomalen, gonadalen oder anatomischen Geschlechts untypisch ist. Und sie betonen, dass sie den Begriff Intersexualität nicht verwenden wollen, und vor allem, dass man nicht mehr Begriffe wie Pseudohermaphroditismus oder *sex reversal* verwenden sollte.

(Folie 13)

Zur Behandlung: In den 50er-Jahren hat Money ein Psychologe – fälschlicherweise wird er oft als Arzt bezeichnet – Empfehlungen gegeben. Ich werde ihn hier ein bisschen in Schutz nehmen, weil Money von vielen Seiten sehr stark angegriffen wird. Ich glaube, man darf nicht vergessen, dass Menschen beim Erstellen von Richtlinien Kinder ihrer Zeit sind, und dass es wichtig ist, dass man das, wenn man im Nachhinein sagt, wieso haben die damals so gedacht, zumindest mit berücksichtigt, weil Money nämlich einige Empfehlungen damals aufgestellt hat, wie man

mit Kindern umgehen soll, die kein eindeutiges Genitale haben, die man heute aber infrage stellt.

Die erste Frage ist die frühzeitige Geschlechtszuweisung. Unter Geschlechtszuweisungen versteht man zwei Dinge: Das eine ist die körperliche Zuweisung und das andere ist die Zuweisung an ein Erziehungsgeschlecht. Ich persönlich glaube nicht, dass man ein Kind zwischen den Geschlechtern erziehen kann, ich weiß, dass ich von manchen, gerade Betroffenen, manchmal dafür angegriffen werde. Ich kann nur sagen: Ich kann es mir nicht vorstellen.

Was sehr infrage gestellt wird, ist, ob man denn wirklich jedes Kind, das zur Welt kommt und bei dem es kein medizinischer Notfall ist, körperlich an ein Geschlecht anpassen muss. Vor allem sagen wir heute, es muss ganz dringend eine ordentliche Diagnostik gemacht werden, weil ein und dasselbe äußere Erscheinungsbild die Folge von ganz unterschiedlichen genetischen Veränderungen sein kann und diese Diagnostik in manchen Fällen bis zu einem gewissen Grad auch eine Vorhersage erlaubt, in welche Richtung ein Kind sich entwickelt.

Money hat damals empfohlen, die Kinder möglichst früh operativ anzugleichen, da man früher – und das gilt teilweise auch heute noch – ein Kind mit nicht eindeutigem Genitale medizinisch leichter in ein Mädchen verwandeln konnte, indem man diesen zu kleinen Penis weiter verkleinert. Indem man eine Vagina konstruiert und dem Kind dann auch weibliche Hormone gibt, ist es zumindest auf den ersten Blick leichter, aus diesem Kind ein Mädchen zu konstruieren, obwohl es einen männlichen Chromosomensatz hat (und auch vielleicht ein männliches Gehirn), als aus einem Kind, das einen zu kleinen Penis und kein eindeutiges Genitale hat, einen Jungen zu machen. Deswegen war es auch in unserer Studie, auf die ich gleich noch zu sprechen kommen werde, so, dass fast alle Personen mit einem

männlichen Chromosomensatz, die mit einem nicht eindeutigen Genitale zur Welt kamen, zu Mädchen umoperiert wurden.

Jetzt kommt ein Punkt, der sehr kritisch zu betrachten ist, weil er heute eigentlich geklärt sein sollte; ob er es immer ist, will ich doch infrage stellen: Es war früher nicht Gesetz – heute ist es Gesetz –, dass man Personen, an denen man medizinische Behandlungen vornimmt, im Detail darüber aufklärt, warum man sie behandelt und was man mit ihnen macht. Und Money ist der Auffassung gewesen, Behandlungsmaßnahmen geheim zu halten. Und da will ich ihn ein bisschen verteidigen, weil ich glaube, er hat es nicht böse gemeint, aber es war eben ein Problem. Oder auch in der Studie, in der wir erwachsene Personen untersucht haben, gibt es eine ganze Reihe von Personen, bei denen weder die Eltern noch die betroffene Person selbst darüber aufgeklärt wurden, was los war – wenn ich das so einfach sagen darf. Sie wurden nicht aufgeklärt, was bei der Diagnostik herausgekommen ist und was man infolge der Diagnose, die man gestellt hat, für Behandlungsmaßnahmen mit ihnen durchgeführt hat und warum.

Wenn wir bei dem Beispiel der Anpassung an das weibliche Geschlecht bleiben: Das waren Kinder, die umoperiert wurden und als Erwachsene manchmal zu uns in die Sprechstunde kommen und sagen: Ich habe das Gefühl, ich habe Narben an meinem Geschlechtsteil, irgendwas muss da gemacht worden sein, ich weiß, dass ich Hormone nehmen muss, ich nehme die auch, jetzt habe ich sie zwar fünf Jahre abgesetzt, aber warum ich eigentlich jetzt Hormone nehmen soll, das weiß ich nicht genau. Und womöglich wurden sie in der Pubertät gonadektomiert, das heißt: Es wurden die Keimdrüsen entfernt. Ich habe nicht wenige Personen gesehen, denen man nicht gesagt hat, dass sie einen Y-Chromosomensatz haben und dass man ihnen die männlichen Keimdrüsen entfernt hat. Ich habe sogar

erlebt, dass man Personen gesagt hat, man hat ihnen die Eierstöcke entfernt, weil irgendeine Form von Entartung vorgelegen hat. Dieser Aspekt der Geheimhaltung, ist heute rechtlich überhaupt nicht mehr erlaubt oder möglich, das heißt: Wir müssen Patienten darüber aufklären, über die Diagnose, über die Behandlungsmöglichkeiten, über die möglichen Folgen der Behandlung usw.

Ein weiterer Punkt, der auch sehr früh ins Gespräch kam, war, dass diese Menschen sexuell funktionsfähig sein sollen. Und unter sexueller Funktionsfähigkeit wurde im Wesentlichen verstanden, dass sie, wenn sie erwachsen sind, einen heterosexuellen Geschlechtsverkehr durchführen können sollen. Das war einer der Gründe, warum man kleine Mädchen, die keine Vagina hatten, bereits relativ früh operiert und ihnen eine Vagina konstruiert hat. Das ist auch etwas, was man durchaus infrage stellen muss. Ich habe ja vorhin schon gesagt, dass diese Personen relativ lange bougieren müssen, also etwas in diese Scheide einführen müssen, und ich habe nicht nur eine Person gesehen, die gesagt hat, nach diesen Erfahrungen habe ich überhaupt keine Lust mehr, auch nur irgendeine Form von Sexualität zu leben, weil dieses Bougieren so schrecklich war, dass ich mir nicht vorstellen kann, dass ich mit einem anderen Menschen intim werden kann.

(Folie 14)

Ende des letzten Jahrhunderts wurden diese Behandlungsrichtlinien etwas modifiziert, aber ich glaube, in wesentlichen Punkten wurde doch das eine oder andere beibehalten. Was jetzt noch dazu kam, war, dass die reproduktive Fähigkeit erhalten bleiben sollte, das heißt: Es ist relativ wichtig, ob es sich um einen biologischen, also um eine(n) chromosomalen oder gonadalen Mann oder Frau handelt. Die heterosexuelle Funktionsfähigkeit als Forderung oder die sexuelle Funktionsfähigkeit – ich sage da immer gleich heterosexuell dazu –, die ist weitgehend erhalten geblieben. Es sollten nur minimale

medizinische Prozeduren durchgeführt werden, das heißt: Bei einem kleinen Kind, bei dem es nicht nötig ist, in irgendeiner Form schnell medizinische Interventionen vorzunehmen, sollte man eine genaue Diagnose stellen und nicht zu sehr eingreifen. Was aber geblieben ist: Es sollte ein allgemein geschlechtsangepasstes Erscheinungsbild sein, also es sollte jemand vom äußeren Erscheinungsbild eindeutig männlich oder weiblich sein. Eine Person sollte eine möglichst stabile Geschlechtsidentität – und darunter wurde in der Regel immer nur Mann oder Frau verstanden – und ein angemessenes Geschlechtsrollenverhalten haben, das heißt: Sie sollten sich gefälligst männlich oder weiblich verhalten.

(Folie 15)

Wenn wir uns noch einmal die biologische Seite anschauen, dann habe ich Ihnen bereits erklärt, dass es verschiedene Ebenen oder Faktoren gibt, die auf der biologischen Seite eine Rolle spielen, ob man von männlich oder weiblich spricht – ich würde noch nicht sagen, von Mann oder Frau. Der erste Faktor ist der Chromosomensatz, das habe ich bereits erwähnt, der zweite sind die sogenannten Keimdrüsen, und der dritte ist das äußere Genitale.

(Folie 16)

Man kann sich vorstellen, dass die Geschlechtsentwicklung verschiedene Schritte durchläuft. Ganz am Anfang ist es so, dass Ei und Samenzelle zusammengefügt bzw. befruchtet werden und im Prinzip die Anlage da ist, dass sich ein Individuum später entweder in Richtung Männlichkeit oder Weiblichkeit entwickelt. Üblicherweise haben Frauen einen XX-Chromosomensatz, das sage ich jetzt verkürzt, und die Männer einen XY-Chromosomensatz. Der nächste Schritt, anhand dessen Männer und Frauen unterschieden werden können, sind die Gonaden oder Keimdrüsen, also sie können entweder Eierstöcke oder Hoden entwickeln.

Die Entwicklung der gesamten inneren Geschlechtsteile, also mit Samenleiter usw. bzw. Eileiter usw., ist der nächste Schritt. Und dann gibt es noch die äußeren Geschlechtsteile. Bei jedem dieser Punkte, die ich Ihnen aufgezeigt habe, können aufgrund von bestimmten genetischen Veranlagungen oder auch teilweise äußeren Einflüssen Veränderungen auftreten.

(Folie 17)

Hier noch einmal die inneren Geschlechtsteile. Die sind zunächst beim Embryo gleich, ganz unabhängig davon, ob sich ein Kind in Richtung Männlichkeit oder Weiblichkeit entwickelt.

(Folie 18)

Mit den äußeren Geschlechtsmerkmalen ist es genauso, dass am Anfang der Entwicklung praktisch kein Unterschied besteht, was das Aussehen zwischen Mädchen und Jungen angeht; allerdings mit fortschreitender Embryonalentwicklung entwickelt sich das Genitale in der Regel, wenn ein Y-Chromosomensatz vorliegt, in Richtung Penis bzw. beim Mädchen in Richtung Scheide und Schamlippen usw. Das heißt also mit anderen Worten: Wir haben zunächst einen Zustand, den man als undifferenziert bezeichnen kann und der manchmal als weiblich bezeichnet wird, wenn man sagt, nur wenn männliche Hormone dazu kommen, dann entwickelt er sich in Richtung Männlichkeit.

(Folie 19)

Was ich ganz spannend finde, ist, dass sich innerhalb eines Tages dieser Schaft hier schließt, und in einem Fall entwickelt sich das Genitale in Richtung Vagina und im anderen Fall in Richtung Penis.

(Folien 20-23)

Zwischen der 7. und 12. Woche entwickelt sich der Embryo entweder in Richtung Männlichkeit oder Weiblichkeit.

(Folie 24)

Jetzt will ich ein paar Beispiele bringen. Das erste ist das adrenogenitale Syndrom.

(Folie 25)

Wir haben einen weiblichen Chromosomensatz, während der Schwangerschaft kommt es aufgrund einer Überproduktion von männlichen Hormonen dazu, dass das Kind bei der Geburt ein vermännlichtes äußeres Genitale hat. Die Klitoris kann ein wenig vergrößert sein; im Extremfall kann es aber sein, dass dieses Kind männlich aussieht.

(Folie 26)

Das heißt: Die Kinder kommen mit einem auffälligen Genitale zur Welt, und sie haben ein Hormonproblem. Und das ist auch der Grund, warum sie vor allem in den Fällen, in denen zusätzlich ein sogenannter Salzverlust da ist, auf jeden Fall diagnostiziert werden müssen und vor allem, wenn ein Salzverlust da ist, auch unbedingt hormonell behandelt werden müssen. Die Frage, behandeln wir oder behandeln wir nicht, kann ich nur bei bestimmten Formen überhaupt stellen. Das heißt: Wir haben eine weibliche Entwicklung.

(Folie 27)

Hier unten sehen Sie Beispiele, wie das äußere Genitale aussehen kann. Ganz rechts sehen Sie das weibliche Genitale, aber es kann sich auch bei der normalen Entwicklung bis zu dem Zeitpunkt trotzdem ein Genitale entwickeln, das männlich aussieht.

(Folie 28)

Wie sieht die Behandlung aus? Auf der einen Seite versucht man, diese Virilisierung (Vermännlichung) hormonell zu beeinflussen. Ein Problem dieser Patienten ist, dass sie auch Schwierigkeiten mit dem Größenwachstum haben. Wenn sie nicht behandelt werden, ist es so, dass diese Kinder im Grundschulalter in der Regel die Größten in der

Schulklasse sind und dann, wenn sie ein bisschen älter werden, die Kleinsten. Und man muss natürlich die Salzverlustkrise behandeln.

Wie sieht es mit den operativen Behandlungsmaßnahmen aus? Auf der einen Seite wird die Klitoris und auf der anderen Seite wird in manchen Fällen auch die Vagina behandelt.

(Folien 29-35 übersprungen, Folien 36 – 38)

Ich möchte noch eine Form, die ich besonders spannend finde, erwähnen. Es handelt sich dabei um Personen, bei denen in der Umwandlung der männlichen Hormone – ich sag jetzt mal ganz einfach – nicht alles so verläuft, wie es verlaufen sollte. Das sind Kinder, die bei der Geburt relativ unauffällig weiblich aussehen, die aber aufgrund der Störung der Hormonproduktion erst in der Pubertät vermännlichen.

(Folie 39)

Das ist insofern eine relativ schwierige Gruppe, als es im Prinzip für diese Gruppe drei Behandlungsmöglichkeiten gibt: Entweder, wenn man die Diagnose als Kind stellt, ist es so, dass dieses Kind erst mal weiblich aussieht. Man weiß, dass es sich in der Pubertät vermännlichen wird, und man versucht von vornherein zu sagen, dieses Kind sieht weiblich aus und ich möchte, dass dieses Kind, wenn es erwachsen ist, als Frau lebt. Das heißt: Ich werde alle Maßnahmen ergreifen, dass das Kind als Frau durch das Leben geht. Die zweite Variante ist, dass ich sage, ich weiß, dieses Kind wird in der Pubertät vermännlichen, dann versuche ich, das Kind so zu behandeln, dass es bereits als Kind in Richtung Männlichkeit behandelt wird. Und die dritte Variante ist, dass so ein Kind das Geschlecht wechselt, was in unserer Gesellschaft immer noch als die Katastrophe angesehen wird. Als jemand, der relativ viel mit Personen arbeitet, die ihr Geschlecht wechseln, muss ich sagen, wenn man das gut betreut und sie gut

dabei unterstützt, muss das nicht unbedingt eine Katastrophe sein.

(Folie 40)

Abschließend noch einmal: Viele der Behandlungsannahmen, die ich so indirekt habe einfließen lassen, werden heute kritisch gesehen und auch die Betrachtung von Geschlecht wird von zumindest manchen Leuten kritisch gesehen. Wir wissen, es gibt kein eindeutiges biologisches Geschlecht, nicht alle Männer und Frauen sind gleich, es gibt eine ganze Menge von verschiedenen Varianten. Wir wissen auch, dass die Geschlechtsidentität nicht immer mit dem Körper übereinstimmen muss und vor allem auch nicht immer nur eindeutig männlich oder weiblich sein muss. Und wir sollten sehr viel vorsichtiger damit umgehen, die Patienten oder Personen nicht mit einzubeziehen, sie über ihren Kopf hinweg einem Geschlecht zuzuordnen und dann auch noch zu verlangen, dass sie in einer bestimmten Rolle und sich selbst als Mann oder Frau erlebend durch das Leben gehen.

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Vielen herzlichen Dank für Ihren Vortrag und vor allen Dingen auch Ihre letzten Ausführungen, die in der Diskussion sicherlich aufgegriffen werden, nämlich zur Position der Operation und der Differenzierung auch dieser Frage, vor allen Dingen der frühen Operation. Das ist eine gute Überleitung zu unserem zweiten Referat, nämlich hier stehen natürlich nicht nur medizinischen und die psychologischen Fragen zur Diskussion, sondern auch die juristischen Fragen, und denen wollen wir uns jetzt annähern.

Ich darf Ihnen unsere Referentin, Frau Prof. Dr. Konstanze Plett, vorstellen. Frau Plett ist Juristin und Rechtssoziologin. Sie hat einen Lehrstuhl an der

Universität in Bremen und lehrt dort das Fach Rechtswissenschaften und im Nebenfach Gender Law. Ihre juristische Ausbildung hat sie in Marburg, Tübingen und Hamburg absolviert, dazwischen auch eine journalistische Ausbildung, und sie war tätig in verschiedenen Zeitungsredaktionen. Sie war von 1982 bis 2003 am Zentrum für Europäische Rechtspolitik an der Universität Bremen tätig, unterbrochen von mehreren Forschungsaufenthalten im Ausland und Gastprofessuren, und ihre Arbeitsgebiete aktuell und auch schon seit längerer Zeit sind Frauen und Recht, Geschlecht und Recht und – ganz aktuell – Menschenrechte Intersexueller. Das ist auch die Verbindung zu der Einladung an Sie, liebe Frau Plett, Ihr Referat wird heißen „Intersex. Sexuelle Identität als Gleichheitsrecht und juristische Probleme“. Vielen Dank. Wir freuen uns auf Ihren Vortrag!

Prof. Dr. iur. Konstanze Plett, LL. M. (Wisconsin-Madison) [Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft]: Ja, vielen Dank, Herr Wunder, für die Vorstellung und freundliche Überleitung.

(Folie 1)

Ich darf mich meiner Vorrednerin anschließen, liebes Auditorium, sehr geehrte Menschen! Einen Punkt kann ich gleich am Anfang sagen, worauf Frau Richter-Appelt hingewiesen hat, dass schon auch die wissenschaftliche Betrachtung die Zeit jeweils berücksichtigt, und wir heute, wenn wir über diese Phänomene und die Probleme reden, das auch tun müssen.

(Folie 2)

Das sind die Punkte, worüber ich reden will. Es sind juristische Probleme schon deshalb, weil die Tatsache, dass nicht jeder Mensch entweder – und zwar exklusiv entweder/oder – männlich oder weiblich ist, in der Rechtswissenschaft noch nicht wirklich

angekommen ist. Das werden wir nachher auch sehen. Auf der Annahme, dass jeder Mensch entweder/oder ist oder das Geschlecht ausschließlich in zwei Varianten vorkommen kann, basieren auch einige der juristischen Probleme, die ich ansprechen will.

Ausgangspunkt für mich – wie gesagt – sind die Menschenrechte, bei den juristischen Problemen werde ich einige ansprechen. Es gibt zwei aktuelle rechtspolitische Diskussionen, und abschließend werde ich auch ein Fazit daraus für die Diskussion hier ziehen.

(Folie 3)

Im Bereich Menschenrechte haben wir drei Sets an Regelungsebenen ganz unmittelbar, und zwar seit 1949 für uns im ehemaligen Westdeutschland. Seit 1990 gilt für das wiedervereinigte Deutschland das Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Die wichtigsten Grund- und Menschenrechte in unserem Zusammenhang sind Menschenwürde, freie Entfaltung der Persönlichkeit, körperliche Unversehrtheit, allgemeiner Gleichheitssatz und Verbot der Geschlechtsdiskriminierung; diese Rechte sind seit über 60 Jahren durch das Grundgesetz garantiert. Und dieses alles zusammengenommen, daraus lässt sich, wie ich meine, ohne große Mühe ableiten, dass intersexuell geborene Menschen auch ein Recht auf ihre je eigene sexuelle Identität haben. Aber – wie gesagt – darüber wird noch debattiert.

Der zweite Satz oder auch eine ganz wichtige Menschenrechtsnormensammlung ist die Menschenrechtskonvention des Europarates von 1950. Hinzuzufügen ist, dass das Grundgesetz vom Bundesverfassungsgericht überwacht wird und die Menschenrechtskonvention vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg. Zu beiden Gerichten führen unter bestimmten Konstellationen auch Wege hin, wo Fragen, die das Geschlecht betreffen, überprüft werden können, aber

weder das Bundesverfassungsgericht noch der Gerichtshof für Menschenrechte war bisher mit Intersex-Fällen befasst, mit Transgender- und Transsexualitätsfällen ja, aber nicht mit Intersex.

(Folie 4)

Darüber hinaus gibt es noch das Kinderrechteübereinkommen der UN mit einer ganzen Reihe von Artikeln, die ich jetzt hier im Einzelnen namentlich nicht auflisten will. In der Diskussion kann ich diese gegebenenfalls gerne noch nachliefern, aber auch aus diesen Artikeln lässt sich – ich habe das an anderer Stelle auch schon schriftlich nachlesbar dargelegt – das Recht eines jeden Kindes auf ungestörte Entwicklung seiner je eigenen, auf seinem individuellen Körper und seiner individuellen Entwicklung basierenden sexuellen Entwicklung hin zu seiner eigenen sexuellen Identität entnehmen. Das ist für mich der Ausgangspunkt und das ist auch die Verbindung zur Ethik. Also Rechtswissenschaft ist ja ohnehin auch eine Normwissenschaft, von daher mit dem Philosophiezwig Ethik eng verwandt, und die Geltung der Menschenrechte ist heute außer Frage gestellt.

(Folie 5)

Was für Probleme haben wir jetzt gleichwohl? Als erstes Problem ist das Personenstandsrecht angesprochen. In der Bundesrepublik Deutschland ist es durch das Personenstandsgesetz geregelt. In allen westlichen Ländern gibt es vergleichbare Regelungen, denen zufolge das Geschlecht eines Menschen registriert werden muss. Und die Eintragung ist männlich oder weiblich, nichts dazwischen, nichts darüber hinaus, und Offenlassen wird aktuell nicht praktiziert. Es ist in der Rechtswissenschaft bei den wenigen, die sich mit diesen Fragen befassen, im Moment streitig, ob auch ohne Gesetzesänderung etwas anderes eingetragen werden könnte, wofür ich mich ausspreche, aber damit bin ich in der Mindermeinung der wenigen, die

sich damit befassen. Also jedenfalls die gegenwärtige Praxis ist, jeder Mensch wird so oder so eingetragen- und damit intersexuell Geborene eben nicht mit ihrer wirklichen Kondition. Das heißt also, eine entsprechende Eintragung auch bei Intersex kann als Verstoß gegen das allgemeine Persönlichkeitsrecht und als Verstoß gegen das Verbot der Diskriminierung wegen des Geschlechts gewertet werden, und das ist auch gerade in einer juristischen Dissertation von Angela Kolbe mit dem Titel „Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht“, die vor wenigen Monaten erschienen ist, näher ausgeführt, und dem schließe ich mich an.

(Folie 6)

Was haben wir denn als Lösungsvorschläge, wenn wir hier ein juristisches Problem haben? Es gibt aktuell drei Lösungsvorschläge: Der erste lautet: mehr Eintragungsmöglichkeiten als nur männlich oder weiblich; der zweite lautet: ein Moratorium bezüglich des Eintragungszeitpunktes, der nämlich aktuell eine Woche nur nach der Geburt beträgt; und der dritte Vorschlag lautet auf generelle Abschaffung der Geschlechtsregistrierung überhaupt. Ob diese Lösungsvorschläge ohne oder mit Gesetzesänderung umsetzbar sind, ist strittig. Das ist für unsere Diskussion hier nicht so wichtig. Darüber können wir nachher diskutieren.

(Folie 7)

Das zweite juristische Problem: Wie ist es mit der Rechtmäßigkeit der medizinischen Eingriffe? Wir haben in den letzten Jahrzehnten eine Weiterentwicklung oder überhaupt erst Ausbildung von Gesundheits- und Medizinrecht gehabt. Zwischen Ärzten und Juristen wird auch teilweise darüber gestritten, was, wie und wie weit berücksichtigt werden soll, aber wir haben inzwischen eine sehr ausgefeilte Kasuistik zu den Fragen. Ich skizziere jetzt nur grob. Eine der Fragen ist, ob

geschlechtszuweisende medizinische Eingriffe einen Heileingriff oder eine Körperverletzung darstellen. Da nicht nachgewiesen ist – und Frau Richter-Appelt hat das ja auch ausgeführt –, dass jedenfalls die Operationen nicht unmittelbar und nicht sofort erforderlich sind, ist es dann, wenn sie ohne sofortige Notwendigkeit durchgeführt werden, zumindest tatbestandlich eine Körperverletzung, die allerdings gerechtfertigt sein kann durch eine medizinische Indikation, was dann aber eben zu der Frage führt: Ist Intersex eine physische Kondition oder eine Krankheit, denn geheilt werden können nur Krankheiten, Konditionen sind hinzunehmen. Wenn Beschwerden daraus resultieren, sind diese zu behandeln, aber heilbar ist es eben nicht.

Zweite Voraussetzung, damit Eingriffe rechtmäßig sind – ich habe hier geschrieben „und/oder Einwilligung“ –, also medizinische Indikation setzt trotzdem noch Einwilligung voraus, aber ohne Indikation kann bei Einwilligung operiert werden. Da gibt es jetzt allerdings folgendes Problem: Wenn wir Einwilligungsunfähige haben, wie es Kleinstkinder auf jeden Fall und Minderjährige ebenso sind, weil sie noch nicht geschäftsfähig sind, stellt sich die Frage: Wann darf wer Einwilligung für wen erklären? Das Problem gibt es eben dann, wenn Eltern stellvertretend für ihre Kinder handeln, was vom Recht so vorgesehen ist, weil auch Kinder schon Rechtspersonen sind. Aber wie sieht das in diesem Fall aus? Ist das zulässig oder ist das nicht zulässig?

(Folie 8)

Auch hier gibt es sozusagen drei Vorschläge, die in der Diskussion sind. Der eine fordert ein absolutes Verbot geschlechtszuweisender Behandlungen an allen Minderjährigen, das heißt also, unter 18 dürfte nicht operiert werden. Ein anderer Vorschlag lautet darauf, dass nur höchstpersönlich eingewilligt werden kann, also Eltern können sich nicht für ihre Kinder erklären, aber Kinder könnten schon, bevor sie volljährig sind, doch auch in so etwas einwilligen.

Oder auch ein weiterer Vorschlag, dass ein chirurgischer Eingriff nur mit gerichtlicher Genehmigung zulässig sein sollte, ist auch in der Welt und würde zumindest als eine weitere Kontrollinstanz dieser engen Beziehung zwischen Eltern und Ärzten funktionieren. Alle diese Vorschläge würden eine Gesetzesänderung erfordern.

(Folie 9)

Ich komme zum dritten juristischen Problem: Arzt und Medizinrecht – was sind die Maßstäbe für ärztliches Handeln? Ich glaube, ich kann das etwas schneller abhandeln, weil es eben schon angesprochen wurde. Eine medizinische Indikation, Behandlung aufgrund der Indikation, lex artis ist erforderlich. Das heißt also, die Behandlung muss den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechen und erfordert eine Aufklärung der Patienten. Das ist also das neue Medizinrecht. Frau Richter-Appelt hat darauf hingewiesen, dass es früher teilweise noch anders gesehen wurde. Aufklärung muss sein, das ist gefestigte Rechtsprechung, über Art, Ziel, Dringlichkeitsgrad, Folgen und Alternativen der Behandlung.

Wenn das nicht beachtet wird, steht sowohl strafrechtliche Verantwortlichkeit als auch zivilrechtliche Haftung infrage, wobei der Prüfmaßstab für die Gerichte immer der Zeitpunkt des Eingriffs ist und nicht, wenn sich später die Sichtweisen oder auch die medizinischen Kenntnisse weiterentwickelt haben oder die rechtliche Bewertung sich geändert hat. Es wird also auf den Zeitpunkt des Eingriffs abgestellt. Zum Schutz vor späteren Änderungen gibt es auch Verjährungsregeln im Recht, die für sich genommen noch ein weiteres Problem wären, aber davon will ich jetzt hier absehen.

(Folie 10)

Was sind weitere Rechtsbereiche, die tangiert sind? An anderer Stelle habe ich eine ganz lange Liste aufgemacht, und das ist das Faszinierende auch für die wissenschaftliche Betrachtung, dass kaum ein

Rechtsgebiet untangiert bleibt. Also Diskriminierung zwischengeschlechtlicher Menschen im Arbeitsleben. Eigentlich ist dieses Problem gelöst durch ein Gesetz von 2006, das allgemeine Gleichbehandlungsgesetz, aber in der Praxis ist das noch nicht wirklich angekommen. Gesundheitsrecht ist natürlich auch in den Facetten des Krankenversicherungsrechts und der Bedeutung von Leit- und Richtlinien tangiert. Wir haben ein Kastrations- und Sterilisationsrecht, dessen Überarbeitung und Anpassung aneinander schon lange angemahnt wird, aber noch aussteht. Das Jugendhilferecht, also die Beratung Jugendlicher in diesen Bereichen, ist tangiert, Statistik- und Archivgesetze sind tangiert, um auch ein gewissermaßen unverdächtiges oder sehr formales ordnungsrechtliches Rechtsgebiet zu nennen, aber da geht es dann auch um so etwas wie die Aufbewahrung von Krankenhausakten.

(Folie 11)

Die allgemeinen rechtstheoretischen Probleme liegen auch in der Verschränkung von Zivil- und Strafrecht, in denen zu wenig Interaktion stattfindet, vor allem aber auch in Begriffsunschärfen im Hinblick auf sexuelle Identität, sexuelle Selbstbestimmung, sexuelle Orientierung und Geschlecht begründet. Diese Begriffe sind in der juristischen Wissenschaft nicht trennscharf gegeneinander abgeglichen und generell geht es auch darum: Wie werden Lücken gefüllt, können wir es durch Auslegung erreichen oder ist wirklich der Gesetzgeber aufgerufen?

(Folie 12)

Zu zwei aktuellen rechtspolitischen Diskussionen, die derzeit stattfinden: Es ist eine Änderung von Art. 3, Abs. 3 Satz 1 Grundgesetz in der Beratung, der da lautet: „Niemand darf wegen seines Geschlechtes ...“, und es soll dann eingefügt werden „... seiner sexuellen Identität, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen und politischen

Anschauung benachteiligt oder bevorzugt werden“. Alle anderen genannten verbotenen Diskriminierungsmerkmale gibt es seit 1949, jetzt soll sexuelle Identität eingefügt werden.

Die zweite Debatte beruht auf einem Vorschlag für die Änderung des Strafgesetzbuches, der beim Bundestag eingebracht wurde, dass ein Paragraph in das Strafgesetzbuch eingefügt wird, der Genitalverstümmelung explizit unter Strafe stellt.

(Folie 13)

Ich komme zur Diskussion hier. Es ist etwas sehr viel Text, aber es ist schon wichtig, um auch zu verstehen, wie die juristischen Debatten ablaufen. Für die Grundgesetzänderung wird von allen Gesetzesvorlagen – da gibt es verschiedene, aber die lauten jedenfalls in ihrem Anfangstext alle gleich – eine Problemlösung diskutiert. Da heißt es, das Problem sei, Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender, transsexuelle und *intersexuelle* Menschen sind in unserer Gesellschaft auch heute noch Anfeindungen, gewaltsamen Übergriffen und Benachteiligungen ausgesetzt. Das ist also das Problem. Trotz zunehmender Toleranz gegenüber Lesben, Schwulen, bisexuellen, Transgendern, transsexuellen und *intersexuellen* Menschen sei eine Verfassungsergänzung in dieser Hinsicht angebracht.

(Folie 14)

Das klingt sehr gut, dass endlich auch intersexuelle Menschen mit genannt werden. Wenn wir uns jedoch die Begründungstexte, Einbringungsreden und Debattenbeiträge ansehen, ist das ausschließlich ein Lippenbekenntnis, es wird nicht wirklich darauf eingegangen. Die einzige Ausnahme war die öffentliche Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages, wo neun Gutachtende gefragt waren, von denen zwei Intersexuelle wirklich berücksichtigt haben, alle anderen nicht.

(Folie 15)

Bezüglich der Genitalbeschneidung heißt es im Gesetzentwurf, dass es das Ziel sei, die Beschneidungen zu verbieten, die in verschiedenen Kulturen, insbesondere in Afrika sowie in einigen Ländern Asiens und Lateinamerikas bis heute angewendet werden. Es gibt keine Begründung, warum dies auf weibliche Genitalbeschneidung beschränkt ist. Speziell erwähnt wird hingegen in diesem Gesetzentwurf die Klitorektomie, die teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder der Vorhaut, die explizit unter Strafe gestellt werden soll, aber es findet sich im ganzen Gesetzentwurf keine Erwähnung, dass dies in sogenannten westlichen Kulturen auch an intersexuell geborenen Menschen geschieht.

(Folie 16)

Wenn wir auf den Ausgangspunkt zurückkommen, haben wir festzustellen: Menschenrechte gelten auch für Intersexuelle. Die Wirklichkeitsebene sieht aber anders aus, denn zwischengeschlechtliche Menschen werden nicht wirklich wahrgenommen, selbst in den Gesetzentwürfen, die ihnen zugute kommen und ihre Rechte wahren sollen.

(Folie 17)

Trotz zunehmender Sichtbarkeit des Problems bleiben die Tabus fortbestehen.

(Folie 18)

Nötig ist aus meiner Sicht als Fazit daraus: Wir brauchen mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit, in meinem eigenen Fach beispielsweise zwischen Straf- und Zivilrechtlern. Wir brauchen mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit in Psychologie, Medizin, Rechtswissenschaft, Philosophie und allen, die daran beteiligt sind. Es geht eben nicht nur um die rechtliche und gesellschaftliche Diskriminierung, sondern vor allem auch um das Recht auf körperliche Unversehrtheit und das allgemeine Persönlichkeitsrecht und dessen Entwicklung.

(Folie 19)

Insofern verstehe ich die heutige interdisziplinäre Veranstaltung als einen wichtigen Schritt auf diesem Wege und danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Vielen Dank, Frau Plett, auch vor allen Dingen für die letzte Bewertung. So verstehen wir dies auch, als eine Öffnung der Diskussion, als einen Diskursbeitrag. Liebes Auditorium – ich habe das jetzt auch gelernt –, liebes Auditorium, ich darf Ihnen jetzt die beiden Vertreterinnen des Bundesverbandes Intersexuelle Menschen vorstellen, die jetzt kurz, jeweils zehn Minuten, aus ihrer Sicht die Dinge darstellen. Als Erstes Claudia Kreuzer, 1958 in Trier geboren, dort auch wohnhaft, seit 2005 verheiratet. Ich stelle Sie noch gerade vor, Frau Kreuzer. Als Beruf geben Sie uns BGS Bundeswehr an, zuletzt selbstständig. Und ich habe eben auch gefragt, also offiziell bei der Bundeswehr als Mann, biologisch-gesundheitlich bezeichnen Sie sich als echten Zwitter. Sie haben eine Ovariectomie erlitten, Sie sind als Schwerbehinderte seit 2008 anerkannt, seit Juni 2009 infolge eines Unfalls erwerbsunfähig und gehbehindert. Sie sind aktiv in der Selbsthilfe seit 1998 und in der Selbsthilfe der intersexuellen Menschen tätig. Seit 2000 haben Sie Kenntnis der eigenen Diagnose, seit 2001 treiben Sie verschiedene Privatstudien, halten aber auch Fachvorträge und haben an Veröffentlichungen zur Wirkung der medizinischen Interventionen mitgewirkt oder diese selber verfasst. Ich begrüße Sie, ich danke Ihnen sehr herzlich, dass Sie gekommen sind. Bitte schön!

(Beifall)

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Ja, guten Abend, liebe Mitmenschen! Auch ich

bin ein Mensch. Ich möchte mal kurz ganz am Anfang Herrn Professor Schmidt-Jortzig etwas korrigieren. Sie fragten vorhin, ob das TSG eventuell auch ausreichend sein könnte. Für uns kann das sicher nicht ausreichend sein, weil wir keine Transsexuellen sind, wir sind intersexuell. Das möchte ich ganz klar herausstellen.

Als intersexuell – das haben wir jetzt in dem Ganzen zuvor gesehen – wird ein Mensch klassifiziert, nach heutiger medizinischer Definition, wenn er physisch-geschlechtliche Merkmale hat, die eine Zuordnung zu seinem Geschlecht interpretierbar machen. Intersexuell Klassifizierte werden in Deutschland seit Beginn der 50er-Jahre mit Billigung der Gesellschaft von vor dem ersten Lebensjahr bis nach dem 45. Lebensjahr medizinischen Eingriffen in die geschlechtliche Entwicklung und Konstitution unterzogen. Dazu gehören mittlerweile auch Frühgeborene, Medikamenten- bzw. Umweltgeschädigte ohne Intersexsyndrom. Auch diese sind von diesen Maßnahmen betroffen, es sind also nicht nur klassische Intersexsyndrome. Pränatale Eingriffe an Feten sind in der Diskussion. Intersexualität wird auch als Indikation zur Abtreibung ausgelegt. All dies auch heute noch. Es gibt Menschen, die sind heute neun Monate alt, die sind solchen Eingriffen unterzogen worden.

Aus der Selbsthilfeerfahrung unterscheiden wir ergebnisorientiert intersexuelle Menschen aller Altersklassen in medizinisch Unbehandelte, richtig Behandelte und falsch Behandelte. Die beiden erstgenannten Gruppen beanspruchen die Selbsthilfe so gut wie nie, während die letztere die überwiegende Aufmerksamkeit und Kraft der Selbsthilfe beansprucht. Um die lebensumfassenden Konsequenzen der Eingriffe zu verstehen sowie um eine Einordnung in die Gesamtheit der sittlichen und moralischen gesellschaftlichen Normen vorzunehmen, ist es erforderlich, die medizinischen Eingriffe präzise im naturgesetzlichen Kontext zu verstehen.

Beispielhaft sollen daher verweiblichende medizinische Eingriffe an genotypisch männlichen Menschen mit intersexuellem Genitalstatus an dieser Stelle dargestellt werden. Die primären chirurgischen Eingriffe richten sich auf die Entfernung, Kastration der Hoden und aller Anteile. Es werden daneben häufig auch noch Medikamente zur Unterbindung der Androgenwirkung verordnet. Das sind dieselben Medikamente, die man Sexualstraftätern verabreicht. In weiteren chirurgischen Schritten, meist in derselben Operation, wie zuvor genannt, wird der unterschiedlich entwickelte Penis samt aller Anteile einschließlich der Nerven amputiert, sodass die verkleinerte *Glans penis* als scheinbare Klitoris auf den Penisstumpf körpernah aufgenäht werden kann. Ist keine vagina-ähnliche Körperöffnung vorhanden, werden bei ausreichender Menge Hautteile des Penis zu einer Hauttüte zusammengefügt, die dann unter Umstülpen und stumpfer Präparation des Peritoneums als sogenannte Neovagina implantiert werden. Bei Gewebemangel werden auch andere Körperteile, so zum Beispiel Stücke des Darms, dazu benutzt, beispielsweise Sigma, und als Neovagina dann transplantiert. Abschließend werden die leeren Hodensäcke oder die Hautteile, die daran hängen, als Schamlippen angenäht.

Dies führt insbesondere bei Kindern und Säuglingen zu lebenslangen weiteren Eingriffen, da es obligat zu Wachstumsdisbalancen des Körpers und dem künstlichen Genitale sowie zu Stenosen und Nekrosen kommt. Nachoperationen und Bougierungen der künstlichen Genitale sind lebenslang die Regel. Bougieren – mechanisches Weiten durch gewaltsames Einführen penisähnlicher Gegenstände in die Kunstgenitale – wurde bis Ende der 80er-Jahre ohne Narkose und ab da auch unter Narkose durchgeführt. Die chirurgischen Eingriffe verursachen direkt erhebliche Störungen der Empfindungen an den betroffenen Genitalregionen bis hin zur völligen Taubheit sowie nach Art und

Weise der Durchführung auch schwere und schwerste Traumatisierungen.

Hormonell behandelt werden die Betroffenen, die kastriert wurden, frühestens ab dem 11. bis 13. Lebensjahr, aber statt mit genotypisch adäquaten mit paradoxgeschlechtlichen Therapien. Die verwendeten Medikamente der Kontrazeption und der weiblichen Menopause besitzen dazu keine Zulassung, die sind noch nicht erforscht. Die so Behandelten leiden daher lebenslang an einem die körperliche und seelische Entwicklung beeinträchtigenden primären Hypogonadismus, einem Hormonmangel.

Neben den gesundheitlichen Störungen des Hypogonadismus manifestieren sich gesundheitliche Störungen aus den bekannten und unbekanntem Wirkungen der paradoxen Hormonbehandlung. Qualität, Quantität und Dauer der Anwendung bestimmen den Verlauf der progredienten, schwerwiegenden und unvorhersehbaren Gesundheitsstörungen. Schwere Stoffwechselstörungen, Organveränderungen, Organversagen, Krebs, Dysregulation der Homöostase sowie der Zirkadianrhythmik sind die Regel.

Gesamtpsychisch und psychosexuell kommt es bereits ab der Kastration neben einer generellen Suppression jedweder Persönlichkeitsentwicklung mit dem zusätzlichen Einsetzen der paradoxen Hormontherapien und ihrer assoziierten Wirkungen zu weiteren schwerwiegenden psychischen und physischen Leistungsminderungen, Suppressionen, Depressionen sowie Veränderungen der Persönlichkeit und des Sexualverhaltens. Die so erworbenen Störungen erweisen sich für konservative Therapieversuche als therapieresistent, und das sehr, sehr häufig.

Probates, heute noch praktiziertes Mittel der psychosozialen medizinischen Interventionen an intersexuellen Menschen ist auch die Tabuisierung,

die unter anderem durch Täuschung der Betroffenen und ihrer Angehörigen auch heute noch über die tatsächliche geschlechtliche Konstitution und die mit den medizinischen Eingriffen beabsichtigten Erfolge erreicht wird. Falsche, unverständliche Auskünfte zu Diagnosen und Indikationen sind dabei obligat. Eine Aufklärung über die lebenslangen Konsequenzen der medikamentösen Folgebehandlungen existiert gar nicht. Davon betroffen sind sogar nach-, mit- und weiterbehandelnde andere Ärzte, sodass zum Beispiel therapieassoziierte Gesundheitsstörungen regelmäßig nicht erkannt und behandelt werden können. Die paradoxgeschlechtliche Behandlung trägt – über ihre pathologische Entwicklung betrachtet – deutliche Merkmale einer medikamentösen Intoxikation.

Alles zuvor Gesagte gilt auch für Menschen mit xx-chromosomalem AGS, die dem männlichen Geschlecht zugehörig sein sollen. Gleiches gilt auch für Menschen mit genotypischen Mosaiken.

Die medizinischen Eingriffe entziehen den davon Betroffenen jedwede Möglichkeit zur individuellen körperlichen und seelischen Entwicklung, da ihre körperliche Fähigkeit zur Eigenentwicklung irreversibel zerstört ist. Ihre Entwicklung und Gesundheit ist fortan durch eine fremdbestimmte, ambulante lebenslange, zulassungslose, unkontrollierte Zwangsmedikation unbekannter Qualifikation und der damit erreichten „Wie-auch-immer“-Persönlichkeit ersetzt.

Es gibt zu den Wirkungen und Langzeitwirkungen keine evidenten und signifikanten Erkenntnisse. Die medizinischen Eingriffe beschränken sich auf den äußeren kosmetischen Anschein und das bloße Penetrieren oder des Penetriertwerdens. Vielfach bleibt für die Betroffenen nur der bloße Schein. Es ergibt sich auch, dass die Ergebnisse dieser Eingriffe infolge der nicht kalkulierbaren Langzeitwirkungen und Konsequenzen naturwissenschaftlich-medizinisch unvorhersehbar und unaufklärbar sind.

Um Missverständnissen vorzubeugen, gilt dies alles auch für Eingriffe, die aufgrund irgendwelcher neuen rechtfertigenden Definitionen medizinische Eingriffe anderer Art zu erzwingen suchen. Auch diese Eingriffe sind infolge unzureichender naturwissenschaftlich-medizinischer Kenntnisse der Wirkungen auf das Individuum und seine geschlechtliche Entwicklung sowie infolge auch hierzu fehlender dafür zugelassener Medikamente unkalkulierbar und unaufklärbar.

Insgesamt kann es auch für die Betroffenen und ihre Angehörigen denklogisch konsequent keine wie immer geartete recht- oder pflichtgemäße medizinische Aufklärung hinsichtlich der Erfolgsaussichten, Risiken und Wirkungen der medizinischen Eingriffe geben. Ein mehr oder minder zutreffender geschlechtlicher Schein als Ergebnis der Eingriffe rechtfertigt dies nicht. Da so auch eine rechtfertigende Einwilligung unmöglich ist, ist jeder mit einer solchen Einwilligung verwirklichte Eingriff eine strafbewehrte Körperverletzung im Sinne des § 223 StGB.

Intersexuelle Menschen haben aktenkundig bis zu den Eingriffen kein Problem mit ihrer sexuellen Konstitution und ihrem Geschlecht, ihrer sexuellen Identität, ihrem Rollenverhalten oder ihrer Gesundheit.

Alle zuvor diskutierten Eingriffe, die in jedem Lebensalter in die geschlechtliche Entwicklung und Konstitution von Menschen erfolgen, sind ohne jeden ernst zu nehmenden Zweifel geschlechtliche Normierungsversuche. „Sie erfolgen unter vollständiger Destruktion der Persönlichkeit und der körperlich-geschlechtlichen Entwicklung. Eine Eigenschaft als angleichende, korrigierende Eingriffe ist in jedweder Hinsicht unzutreffend.

Es geht bei den Eingriffen deshalb auch nicht um eine Frage von Vielfalt, Geschlechtsidentität und Rollenverhalten, es geht vielmehr um die

Verantwortung der Politik und der Gesellschaft für den medizinisch-therapeutischen Umgang mit Menschen.

Unter Missbrauch medizinischer Heilmethoden zur vollständigen Wegnahme des Rechts auf eine eigene körperliche, seelische Entwicklung sowie deren Ersatz durch Medikamentenwirkung unter billiger Inkaufnahme von schwersten lebensumfassenden, irreversiblen körperlichen Schädigungen kann dies im Ergebnis wohl kaum als eine Frage der körperlichen Vielfalt, der Geschlechtsidentität oder des Rollenverhaltens verstanden werden.

Der Mangel an objektivierbaren Behandlungsvorteilen, die fehlenden wissenschaftlichen Kenntnisse sowie die Verletzung bzw. die Vernachlässigung der staatlichen Kontrollpflichten qualifizieren die Eingriffe als unkontrollierte, rein fremdnützige normative Menschenversuche, die somit mit einer Wahrung des Rechts auf körperliche und seelische Unversehrtheit unvereinbar sind. Danke! Kein Applaus. (Beifall) Kein Applaus!

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Dennoch danke an Claudia Kreuzer. Ich darf Ihnen jetzt die zweite Vertreterin des Bundesverbandes, die erste Vorsitzende des Bundesverbandes Intersexuelle Menschen ,vorstellen: Lucie Veit, geboren 1956, seit 1977 verheiratet, bis 1997 in Arbeit als Industriefrau, Malerin und als Filialleiterin einer Bank; seit 1997 lebt und arbeitet sie als Dozentin im Bereich Freie Malerei und Gestaltung und arbeitet auch noch halbtags in der Verwaltung, wie Sie mir gerade gesagt haben. Sie bezeichnen sich als intersexueller Mensch mit einer geschlechtlichen Varianz, die eine Vermännlichung durch den Zustand der Rezeptoren der XY-Chromosomen unmöglich macht. Sie bezeichnet sich weiter als Überlebende eines uneingewilligten Medizinversuchs, weil Sie nämlich 1979 ohne

umfassende Aufklärung in einem nicht eingewilligten Humanversuch kastriert und anschließend mit kontrachromosomalen Geschlechtshormonen behandelt worden sind. Ihnen wurde gesagt, so schreiben Sie in Ihrer Biografie: Du hast das falsche Geschlecht, sprich mit niemandem, sonst bist du im sozialen Aus. Und Sie brauchten 24 Jahre, wie Sie geschrieben haben, um Ihr Schweigen zu brechen. Sie sind uns herzlich willkommen, und ich erwähne nur noch ganz kurz, dass Sie als erste Bundesvorsitzende in vielerlei Hinsicht auch international aktiv in der Sache Intersexualität waren, unter anderem als Delegationsleiterin für den Schattenbericht zu dem Staatenbericht zu unserem Thema in New York und in Genf, und als erste Vorsitzende des Bundesverbandes werden Sie jetzt im Anschluss an Ihre Vorrednerin noch zu den Forderungen Ihres Verbandes sprechen. Vielen Dank und herzlich willkommen!

(Beifall)

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]:

Danke. Sehr geehrter Herr Professor Schmidt-Jortzig, sehr geehrte Mitglieder des Ethikrates, meine sehr geehrten Damen und Herren, Hermaphroditen. Ich bedanke mich im Namen des Bundesverbandes Intersexuelle Menschen e. V. und der angeschlossenen Selbsthilfegruppen für die Aufnahme des Dialoges zur Verbesserung der unerträglichen Lebenssituation intersexueller Menschen in Deutschland. Wir freuen uns, dass wir hier heute im Deutschen Ethikrat sein dürfen. Ich möchte die Verantwortlichen des Deutschen Ethikrates allerdings bitten, künftig auch die Vertreter anderer intersexueller Gruppen und Vereinigungen wie zum Beispiel den IVIM und weitere hier zu beteiligen und einzuladen.

Meinen Vorrednerinnen danke ich dafür, dass sie bereits sehr deutlich gemacht haben, dass der Staat

allen Menschen – und ich betone *allen*, auch solchen mit einer körperlichen Varianz – die grundrechtlichen Werte von Ordnung und Schutz zu gewährleisten hat. Ziel dieser Veranstaltung kann es nur sein, dass auch intersexuell klassifizierte Menschen in den Genuss dieser Rechte und des grundrechtlich garantierten Schutzes kommen. Wir alle können nicht zulassen, dass in diesem Land Menschen jeden Alters, besonders Säuglinge und Kleinkinder mit körperlichen Varianten, ohne informierte Einwilligung kastriert, genital beschnitten, jeder selbstbestimmten Persönlichkeit und Entwicklung beraubt, asexualisiert werden.

Es ist schön, dass die Bundesrepublik Deutschland es sich zur Aufgabe gemacht hat und es fördert, dass jeder Mensch nach seinen individuellen körperlichen und seelischen Fähigkeiten und Möglichkeiten so weit als möglich frei von Beeinträchtigungen durch Dritte sich im Rahmen der staatlichen Ordnung selbstbestimmt entwickeln und an seinem Leben wachsen dürfen soll. Die von Deutschland ratifizierten UN-Menschenrechtsverträge unterstreichen diese Ziele und machen diese zum Bestandteil unserer Rechtsordnung.

Lassen Sie uns heute einen entscheidenden Schritt tun, indem wir hier die medizinisch nicht notwendigen Eingriffe an intersexualisierten Menschen entschieden verurteilen und die staatliche Ordnung auch für intersexuelle Menschen einfordern. Trotz aller körperlichen, seelischen, rechtlichen und soziologischen Eingriffe ist es bei Menschen mit intersexualisiertem Status in der nun seit 60 Jahren dauernden Experimentierphase des solidarisch finanzierten medizinischen Betriebes nicht möglich gewesen, deren Persönlichkeit, ihr Sein auszulöschen und durch eine andere, gesellschaftlich angeblich adäquate zu ersetzen.

Es ist moralisch und ethisch nicht hinnehmbar, wenn die von Demütigung, Traumatisierung, Entrechtung, Gesundheitsschäden und sexueller

Fremdbestimmung gekennzeichneten katastrophalen individuellen Folgen dieser Menschenversuche fachlich als kosmetisch hervorragende Ergebnisse gefeiert werden und der Bundesregierung die tatsächlichen Konsequenzen unbekannt zu sein scheinen, obwohl ihnen die Ergebnisse ihrer selbst finanzierten Untersuchungen und die Stimmen der Intersexbewegung und der UN-Schattenberichterstatter bekannt sind. Es ist ein durch nichts zu rechtfertigender zynischer, falscher Freundschaftsdienst am Staat, seiner Rechtsordnung, an der Gesellschaft, der Solidargemeinschaft und den Betroffenen, wenn behauptet wird, dass Menschen, damit sie überhaupt in dieser Gesellschaft leben können und als Schutz vor Diskriminierung wegen ihrer körperlichen Varianz menschenrechtswidrig körperlichen, seelischen, rechtlichen und soziologischen Eingriffen ausgesetzt werden müssen, obwohl die Eingriffe von Betroffenen gerechterweise als Folter empfunden werden.

Was ist das für eine Logik, dass ein Staat, der sich dem längst umfassenden Schutz der Entwicklung und Existenz des selbstbestimmten Individuums vielfältig verpflichtet hat, es zulässt, dass die körperliche und seelische Vielfalt menschlicher Gemeinschaft unter dem gewaltsamen Missbrauch von Heilmitteln zum völligen Verlust des selbstbestimmten Lebens führt? An welchen Grenzen endet dieses Tun und Zulassen? Welche realen Tatsachen außer der bloßen Annahme, dass die Gesellschaft zum menschenwürdigen Umgang mit intersexuellen Menschen unfähig sei, rechtfertigt noch diese gewaltsamen medizinischen Geschlechtsnormierungen? Fängt die Inanspruchnahme des Menschseins, der uneingeschränkte Genuss der Menschenrechte und das geschlechtliche Sein im gesellschaftlichen Kontext der Geschlechtsidentität erst mit der Fähigkeit des Penetrierens und des Penetriertwerdens an? Beginnt das Ende des Mannseins mit der Kastration und der Abwesenheit von Testosteron und der

unwiderrufliche Anfang des Frauseins erst mit der Kastration der Hoden und der Gegenwart von Östrogen und durch eine penetrierbare Scheide? Ist das Recht auf körperliche Selbstbestimmung, eine selbstbestimmte Sexualität, geschlechtliche Existenz und eine eigene Persönlichkeit von der Größe und der Interpretation des äußeren Genitals durch andere abhängig? Wer hat wen aufgrund welcher moralischen, ethisch gerechtfertigten Gesetze dazu ermächtigt, Menschen mit intersexuellen Merkmalen willkürlich und nach Gutdünken jedes Recht auf eine eigene geschlechtliche Entwicklung Konstruktion und selbstbestimmte Identität wegzunehmen und durch etwas anderes zu ersetzen?

Die Fragestellung des Deutschen Ethikrates in diesem Zusammenhang zum Anderssein ist nicht zu verstehen und nicht nachvollziehbar, da nicht nachgewiesen ist, dass wir von Anfang an überhaupt anders sind oder woran der Ethikrat unser Anderssein überhaupt festmachen will. Solches kann bei uns deutlich nur für die Zeit nach den Eingriffen erkannt werden. Es geht hier um die Wahrung des Rechtes auf körperliche und seelische Unversehrtheit, nicht um die Rechtfertigung der Missachtung des Rechts. Ich stelle deshalb deutlich klar, dass man uns nicht als andersartige Objekte sehen darf, deren funktionelle Zwecke sich beliebig durch medizinische Manipulation der „Hardware“, des Leibes, und der medikamentenindizierten psychosozialen Veränderung der „Software“, des Geistes und der Psyche anpassen lassen. Es ist somit auch keine Frage, wie weit wir zerlegt und zusammengesetzt werden müssen, damit wir, die körperlich und mental Manipulierten, nichts davon merken und die Gesellschaft mit ihrer Politik damit zur moralischen und ethischen Rechtfertigung gelangt.

Jedenfalls hat die Politik heute die Verpflichtung sicherzustellen, dass den mehreren zehntausend Opfern alle vorhandenen rechtsstaatlichen Mittel und Instrumentarien zugänglich sind, und dafür zu sorgen,

dass diese Menschenversuche im Graubereich des Rechtsstaates enden.

Vor einem Jahrzehnt haben die Opfer begonnen, sich gegen diese mit keiner Rechtsauffassung zu vereinbarenden medizinische Praxis zur Wehr zu setzen. 2009 hat sich der UN-Ausschuss mit dem von uns eingereichten Parallelbericht zum 6. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW) beschäftigt und uns zugestimmt, dass 1. der Diskriminierungsschutz für alle Menschen gilt und 2., ich zitiere: „Kein Mensch darf ohne seine informierte Zustimmung in ein Geschlecht gezwungen werden.“ Dies gilt selbstverständlich auch für Kinder.

Warum gelten das Grundrecht und die Menschenrechte nicht für Menschen mit intersexuellem Status? Wenn dieser Rechtsstaat solches zulässt und ignoriert, sich bei seinen Ermittlungen nur auf die Angaben der Schädiger verlässt oder die Rechtsordnung sich hinsichtlich geltend gemachter Schädigungen ausschließlich auf die Beurteilung durch die Schädiger beruft oder seinen grundrechtlichen Minimalschutzpflichten nicht nachkommt, so sprechen Menschenrechtsexperten zu Recht bei den so Geschädigten von Opfern staatlicher struktureller Gewalt. Nach der Rechtsauffassung der durch mich vertretenen intersexuell geborenen Menschen werden ihnen Rechte und grundrechtlicher Mindestschutz und grundlegende Menschenrechte verwehrt.

Bitte haben sie Verständnis dafür, dass wir die Fragen des Ethikrates im Kontext unserer Lebensrealität so nicht verstehen können. Zehn Minuten Vortragszeit und die Fragestellung des Ethikrates reichen nicht aus, 60 Jahre medizinischer Eingriffe an intersexuellen und anderen Menschen mit genitalen Varianten aufzuarbeiten. Ich vertraue jedoch darauf, dass diese Zusammenarbeit nicht die letzte war und dass hier der dringende Handlungsbedarf

bekannt wurde und zu schnellen Ergebnissen führt. Ich verweise hier noch mal auf unsere Forderungsliste, die Sie alle in Ihrer Mappe finden, ebenso wie den CEDAW-Schattenbericht. Gut gemeinte Bekundungen und ethische Leitlinien reichen nicht aus, die Kinder wirksam zu schützen, wie die Eingriffe und Kastrationen der letzten Jahre beweisen, denn wir haben sie jeden Tag in der Selbsthilfe.

Stoppen Sie jetzt die Genitalzerstörung intersexuell geborener Kinder. Lassen wir nicht zu, dass die Schöpfung auf die Genitalfunktion reduziert wird. Gestatten Sie mir zum Schluss noch einen persönlichen Appell: Verhindern Sie bitte bei jeder Ihrer Empfehlungen, die Sie hier aussprechen, dass den Biografien der intersexuellen Überlebenden der Menschenversuche eine weitere Demütigung hinzugefügt wird. Vielen Dank!

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Vielen herzlichen Dank. Damit haben wir als Ethikrat hier auch einige Hausaufgaben bekommen. Was wir damit machen, müssen wir noch entscheiden. Ich bitte jetzt die Referentinnen wie angekündigt auf das Podium. Wir wollen jetzt in der letzten Stunde unsere Diskussion auf dem Podium führen und dann auch ins Publikum gehen.

Ich darf zum Anfang dieses Podiums, wie angekündigt, Frau Professor Claudia Wiesemann noch einmal vorstellen und sie bitten, ein Eingangsstatement aus ihrer Sicht zu halten. Sie ist Direktorin der Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität in Göttingen. Sie hat Medizin, Philosophie und Geschichte studiert und war von 1985 bis 1998 als Ärztin tätig, unter anderem in Nürnberg. Sie leitet jetzt die Arbeitsgruppe Ethik und Intersexualität im Netzwerk Intersexualität, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und

Forschung. Diese Arbeitsgruppe veröffentlichte 2008 die ethischen Grundsätze und Empfehlungen bei DSD. Der Untertitel heißt „Therapeutischer Umgang mit Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung, Intersexualität bei Kindern und Jugendlichen“. Und wenn man auf die vielfältigen Tätigkeiten und Veröffentlichungen von Claudia Wiesemann schaut, weiß man, dass sie zu diesem Thema eine Menge gearbeitet und publiziert hat, unter anderem auch „Grundsätze und Empfehlungen für medizinische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit besonderer Geschlechtsentwicklung“. Und nicht zu vergessen, sie ist Präsidentin der Akademie für Ethik in der Medizin, übrigens auch Mitglied in der zentralen Ethikkommission für Stammzellforschung und Mitglied der Kommission Ethik in der Forschung an Kindern und Jugendlichen in der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, sodass wir eine Referentin jetzt für den Anfang unseres Podiums haben, die einschlägig bewandert ist mit dem Thema, und ich bitte Dich, Claudia, uns kurz einzuführen in diese Empfehlungen.

(Beifall)

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann [Universität Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin]: Sehr verehrte Anwesende, lieber Michael, wenn ich gewusst wird, dass diese Vorstellung so lang wird, hätte ich meinen Vortrag noch mal um eine Minute gekürzt.

Ich möchte Ihnen kurz die Arbeit der Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität vorstellen, das vom BMBF gefördert worden war zur Erforschung dieser Krankheit, dieser Variation. Es gibt viele Begriffe, die dafür anzuwenden sind, und aus der Perspektive der Arbeitsgruppe Ethik haben sie alle ihre Berechtigung. Wir haben uns in dieser Arbeitsgruppe nicht mit medizinischen Fragen befasst, waren dazu auch nicht kompetent, sondern

haben uns mit den ethischen Fragen des Umgangs mit Intersexualität befasst, und zwar vor allen Dingen im Kindesalter und bei Jugendlichen. Diese Arbeitsgruppe setzte sich zusammen aus Betroffenenvertretern, Vertretern von Eltern, verschiedene medizinische Spezialisten waren in dieser Arbeitsgruppe vertreten, dann Medizinethiker, Medizinrechtler und auch ein Psychologe, der sich mit der Beratung und Therapie von Betroffenen befasst. Sie können diese ethischen Grundsätze und Empfehlungen, die wir nach längerer Diskussion letztendlich verabschiedet haben, auch noch nachlesen, sie finden Sie in den Unterlagen.

Vorab – Frau Richter-Appelt hat es zu Beginn schon sehr deutlich dargestellt – Folgendes: ‚Es gibt eine alte Strategie des Umgangs mit Intersexualität, die vor allen Dingen auf anatomische und soziale Eindeutigkeit abgezielt hat und die damit verbunden eine Strategie des Verheimlichens praktiziert hat. Geschlechtliche Eindeutigkeit – so war die Voraussetzung – konnte nur erreicht werden, wenn die Erziehung des betroffenen Kindes möglichst ohne irgendwelche Zweifel vonstatten ging, und damit eine solche soziale Eindeutigkeit erzielt werden konnte, wurden oft genug auch die Eltern über das Ausmaß der Situation, der Eingriffe usw. nicht ausreichend informiert.

Wir haben inzwischen eine sehr wichtige gesellschaftliche Änderung vollzogen, die auch die Medizin betrifft, und das bedeutet vor allen Dingen, dass die Selbstbestimmung des Patienten heute sehr viel ernster genommen wird und auf der anderen Seite aber auch die Rechte des Kindes in der Medizin eine größere Bedeutung erlangt haben und auch berücksichtigt werden. Diese Veränderung steht im Verbund mit der Erkenntnis, dass diese alte Strategie zu sehr gravierenden Traumatisierungen bei Betroffenen geführt hat, weil beispielsweise zum einen diese Kinder wirklich körperlich gequält, ihre Schamgefühle und Würde nicht respektiert worden

sind und sie erst mühselig und über die Jahre hinweg überhaupt in Erfahrung bringen konnten, was mit ihnen passiert ist. All dies ist uns eben ja auch gerade sehr, sehr anschaulich und auch sehr bewegend geschildert worden und zeigt, dass diese Art der Strategie als gescheitert angesehen werden muss.

Die Voraussetzung ist also in jeder Hinsicht so, dass die Selbstbestimmung des betroffenen Kindes und die Mitbestimmung und Partizipationsrechte des Kindes in dieser Situation heute und in Zukunft eine große Rolle erhalten müssen und dass die Richtlinien und Empfehlungen, die in diese Richtung zielen, dies besonders berücksichtigen müssen. Das war auch eine unserer Schlussfolgerungen für die Zukunft, unsere Empfehlung an das therapeutische Team, das sich mit solchen Situationen befasst, dass bei Eltern und Hebammen auf Intersexualität aufmerksam gemacht wird. Unsere erste Empfehlung lautete also, das Recht auf Partizipation des Kindes und gegebenenfalls Selbstbestimmung, wenn es in einem selbstbestimmungsfähigen Alter ist, muss in dieser Situation unbedingt gewährleistet sein; und wo das Kind selbst noch nicht zur Selbstbestimmung in der Lage ist, muss die entsprechende Einwilligung des rechtlichen Stellvertreters zu Eingriffen eingeholt werden, und zwar so, dass die Information, die vorher gegeben wird, unmissverständlich sein muss.

Hier berühren wir allerdings schon einen ersten großen Punkt, den Frau Veith gerade angesprochen hat, und dieses Problem ist, dass es sehr wenig evidenzbasierte Erkenntnisse darüber gibt, wie der normale Entwicklungsverlauf einer Reihe von Intersexualitätssyndromen ist ohne Intervention, was das für die körperliche und für die psychische Entwicklung des Kindes bedeutet und auch darüber nicht – wenn denn operative Eingriffe vollzogen werden –, zu welchem Zeitpunkt diese Eingriffe im Interesse des Kindes oder des zukünftigen Erwachsenen am besten zu gewährleisten sind. Das Netzwerk Intersexualität hat sich dieser Frage

gewidmet und unter anderem auch versucht, in Kooperation mit den Betroffenen in einer sehr systematischen Erfassung von Verläufen überhaupt einmal ausreichendes Wissen darüber zu erlangen, was denn zu welchem Zeitpunkt eine angemessene Intervention ist, die im Interesse des Kindes liegt.

Wir haben als zweiten sehr wichtigen Punkt in unseren Grundsätzen herausgearbeitet, dass das Kindeswohl oberste Berücksichtigung erfahren muss. Wir halten dieses Kindeswohl in zweierlei Hinsicht für besonders wichtig, zum einen im Hinblick auf die körperliche Integrität – und hier geht es nicht nur um den Erhalt der Fortpflanzungsfähigkeit des Kindes, sondern auch um ein ungestörtes Körpergefühl oder aber auch um ein ungestörtes zukünftiges sexuelles Erleben des Kindes - und zum anderen scheint uns die freie Entwicklung der Persönlichkeit des Kindes von besonderem Belang zu sein. Erfahrungsberichte zeigen, dass in dieser Hinsicht besonders viel Traumatisierung vonstatten gegangen ist, weil Kinder Behandlungen unterworfen worden sind, die sie nicht verstanden haben, die sie als höchstgradig verstörend empfunden haben und die sie mit massiven Zweifeln an ihrer Geschlechtsidentität aufwachsen ließen.

Wir haben als einen dritten Punkt hervorgehoben, dass es vor allen Dingen im Kleinkindalter besonders wichtig ist, eine gute Eltern-Kind-Beziehung in dieser Situation zu fördern. Erfahrungsgemäß sind Eltern besonders verstört über die Tatsache, dass ihnen ein intersexuelles Kind geboren wird, und das erfordert zunächst einmal eine Intervention im Hinblick auf die Eltern, ein Stützen und eine Befähigung der Eltern, mit dieser Situation zurande zu kommen und nicht das Kind zu therapieren, nur um die Eltern in dieser Situation zufriedenzustellen.

Wir haben in unserem Papier über diese drei sehr wichtigen Forderungen hinaus acht Grundsätze formuliert, in denen wir versuchen auszubuchstabieren, wie mit diesen Grundsätzen umzugehen ist. Wie oft in der Ethik ist es so, dass

sich solche Empfehlungen und Prinzipien miteinander nicht immer vertragen. Das Recht auf Selbstbestimmung beispielsweise und das Recht auf körperliche Unversehrtheit sind nicht unbedingt immer miteinander in Einklang zu bringen. Wir haben Vorschläge gemacht, wie man in solchen Dilemmata diese Interessen und Rechte ausbalancieren kann.

Ich möchte nicht enden, ohne auf ein paar Schwierigkeiten hinzuweisen, deren auch wir nicht wirklich Herr geworden sind in unserem Papier, die wir aber doch für wichtig und beachtlich halten und die auch für die ethische Debatte meines Erachtens von besonderer Bedeutung sind. Die eine Schwierigkeit ist, dass es mit einem simplen Verweis auf die Selbstbestimmung des Patienten in diesem Fall nicht einfach getan ist, denn wir haben hier die besondere Situation, dass wir einerseits die Selbstbestimmung des zukünftigen Erwachsenen respektieren wollen, dass wir andererseits aber auch die Interessen des Kindes und vor allem die Interessen des Kleinkindes ernst nehmen wollen. Und so ungewöhnlich es klingt, aber zwischen diesen beiden Interessen kann es durchaus zu Konflikten kommen. Während nämlich beispielsweise das kleine Kind eher darauf angewiesen ist, eine eindeutige soziale Position zu haben, im Einklang mit seinen Peers, mit seiner Umwelt, mit seiner Gruppe zu sein und nicht aufzufallen, könnte das für den Erwachsenen gerade sozusagen ein wichtiges Identitätsmerkmal sein zu sagen: Ich bin einzigartig, ich bin so, wie ich bin, und das stört mich gar nicht, dass ich mich damit von anderen unterscheide.

An diesem Punkt tut sich meines Erachtens ein Problem auf, das man berücksichtigen muss und auf das man in einer konkreten Empfehlung immer eingehen muss: Wie balanciere ich diese unter Umständen unterschiedlichen Interessen des kleinen Kindes und des Erwachsenen gegeneinander? Und dann muss ich darüber hinaus noch auf ein weiteres Dilemma hinweisen. Wir bewegen uns hier in einer

Grauzone. Die klassischen Begriffe von Gesundheit und Krankheit versagen in diesem Bereich und sind auch meines Erachtens nicht angemessen, genauso wenig wie die Begriffe von Normalität und Anomalität, und trotzdem heißt es, auf Spezifika einzugehen und die auch zur Kenntnis zu nehmen. Ich möchte Ihnen nur ein einziges Beispiel nennen: Wenn ein Kind mit einem AGS geboren wird und es einen sogenannten urogenitalen Sinus – das bedeutet, eine gemeinsame Mündung von Uretra, der Harnröhre, und der Vagina – als Folge dieses AGS hat, dann muss man dahinter ein Fragezeichen setzen, ob das ein rein ästhetisches Problem ist oder ob sich dahinter nicht auch mehr gravierende medizinische Fragen verbergen. Und genau an diesem Punkt, so glaube ich, muss man auch den Ärzten und Eltern Verständnis entgegenbringen, die sagen, in einem solchen Graubereich möchten wir von Fall zu Fall entscheiden können, ob wir hier schon im Kleinkindalter eingreifen oder nicht.

Ein zweiter Bereich, den ich auch für einen Graubereich und aber für sehr relevant halte, ist auch im Hinblick auf die Verschiebung von Entscheidungen bis ins Erwachsenenalter zu sehen. Bei einigen Intersexualitätssyndromen entscheidet es sich vor der Pubertät oder sollte vor der Pubertät entschieden werden, in welchem Geschlecht das Kind verbleiben will, denn es kann sein, dass beispielsweise ein intersexuelles Mädchen als Mädchen aufwächst, aber mit der Pubertät einen Schub männlicher Hormone bekommt. Und dann muss vor der Pubertät die Entscheidung gefällt werden, meines Erachtens möglichst im Interesse des Kindes, will das Kind diesen Prozess durchlaufen, mitmachen oder ist das Kind zufrieden in seiner weiblichen Identität und will in dieser verbleiben. Und dann muss man gegebenenfalls die weitere Virilisierung, die Vermännlichung in der Pubertät unterbrechen.

Das, so meine ich, sind sehr, sehr komplizierte Entscheidungen, die nie ohne Beteiligung des Kindes

selbst gefällt werden sollen, aber die doch unter Umständen schon im Kindesalter notwendig werden und sich eben nicht auf das Erwachsenenalter verschieben lassen, jedenfalls nicht, ohne bestimmte Veränderungen als faktisch hinzunehmen. Das sind Schwierigkeiten und Grauzonenbereiche, auf die ich am Ende hinweisen wollte. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit, und ich freue mich jetzt auf die Diskussion.

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Jetzt haben wir eine Menge Stoff zu diskutieren, denke ich, und ich muss das jetzt sehr zügig und schnell hier auf dem Podium hinkriegen, um dann auch noch Ihnen etwas Raum für Fragen an die Podiumsteilnehmerinnen zu lassen.

Ich greife das Letzte mal auf, weil diese Richtlinien ja vieles vielleicht formulieren, was nach Konsens aussieht, aber gerade bei dieser frühen Geschlechtsidentität sehe ich eine gewisse Parallelität zwischen Aussagen dieser Richtlinien. Und auch das, was Frau Richter-Appelt vorhin gesagt hat, dass sie sich nicht vorstellen kann, dass man ein Kind ohne eine feste Zuordnung erzieht. Und ich glaube, das ist etwas, womit wir anfangen können, denn das wird, glaube ich, sehr kontrovers gesehen. Ich möchte zu diesem Anlass einen Brief vorlesen, den der Deutsche Ethikrat von einer Mutter bekommen hat, die genau in dieser Situation war, dass sie auf ärztliches Anraten ihr Kind hat operieren lassen. Diese Mutter hat uns einen sehr ausführlichen, sehr persönlichen Brief geschrieben, aus dem ich jetzt nur einen Satz zu diesem Thema vorlesen will: „Durch die sogenannte Korrektur des Geschlechts auf anatomischer Grundlage konnte in meinen Augen keine Geschlechtsanpassung im wirklichen Sinne erfolgen, da sich das Geschlecht eines Menschen nicht nur auf den Bereich unterhalb der Gürtellinie

beschränkt, sondern wie ein roter Faden durch jede Zelle unseres Körpers zieht. Wir sehen es heute so, dass das Problem nur vergrößert wurde und nach einigen Jahren in noch viel größerer Form auf unseren Sohn zukam.“ Das nur als kleines Zitat aus der Praxis. Ich würde die Frage direkt an Sie richten, Sie haben nämlich heftig geschnauft, als das jetzt eben kam ...

Zuruf durch **Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann [Universität Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin]**: ... aber ich auch, Sie haben mich nämlich missverstanden!

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Gut, dann machen wir das in der Reihenfolge.

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Ja, zunächst einmal fand ich das sehr bemerkenswert von Ihnen, Frau Wiesemann, dass Sie auf der einen Seite das Kind mit einbeziehen wollen und auf der anderen Seite ja auch sagen, dass Sie es jetzt tun. Ich halte Ihnen die Studie aus Lübeck dagegen, gerade frisch veröffentlicht und auch abgenommen als Doktorarbeit. Danach haben ja immer noch 58 Prozent aller Kinder bis zum vierten Lebensjahr eine Operation hinter sich. Das liegt also nicht irgendwann vor 30 Jahren, sondern es liegt in der Zeit dieser Richtlinie. Wie haben Sie denn dort die Interessen des Kindes und die Wünsche des Kindes mit einbezogen? Ich bezweifle, dass Sie das überhaupt können und überhaupt wollen. Und das muss ich Ihnen ganz offen sagen, das ist eine Schutzbehauptung.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Können wir mal so weitermachen, und wir sammeln mal ein bisschen. Frau Richter-Appelt?

(Beifall)

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Ich möchte noch etwas richtig stellen. Ich glaube, indem ich ein Kind in einer Rolle erziehe, gelingt es mir keineswegs, dessen Identität wirklich zu beeinflussen, sondern das Erziehen bedeutet vielmehr, dass ein Kind im bestimmten sozialen Rahmen nicht jedes Mal dasteht und sagt: Wohin gehe ich jetzt, wohin bewege ich mich jetzt? Nehmen Sie Kindergarten her usw. Ich weiß, dafür werde ich manchmal angegriffen, aber ich glaube, dass es für ein Kind leichter ist zu sagen, in der Regel gehe ich bei den Mädels oder bei den Jungs mit, aber ich glaube, mir gelingt es nicht unbedingt, damit die Identität des Kindes zu beeinflussen. Und das finde ich wichtig zu unterscheiden.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Und du meinst auch die reine psychosoziale Identität ohne operative Korrektur?

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Nein, Moment, Identität ist immer was Psychisches. Also der Körper, den kann ich korrigieren, aber die Frage ist, ob ich, wenn ich ein Genitale schneide oder nicht schneide, sich die Psyche verändert. Deswegen verändert sich ja nicht mein psychisches Erleben automatisch.

Zuruf (unbekannt): Doch!

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Moment ...

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Automatisch ...

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Jetzt hat Frau Plett sich noch gemeldet, und dann müssen wir Frau Wiesemann mal das Wort geben. Ja, Frau Plett!

Prof. Dr. iur. Konstanze Plett, LL. M. (Wisconsin-Madison) [Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft]: Ja, zwei Dinge. Ich glaube auch, dass wir – wir sind ja alle so sozialisiert – schon im Gegenüber das eine oder das andere wahrnehmen, aber ich wage doch zu bezweifeln, dass es wirklich so und immer und in jeder Situation sein muss. Ich glaube, liebe Kollegin Richter-Appelt, wenn wir so erzogen worden wären als Frauen zu Beginn der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wie Frauen 50 Jahre vorher, dann wären wir nicht da, wo wir heute sind. Es wird ja immer vom Geschlecht auch abgesehen, und das entwickelt sich in verschiedenen Beziehungen. Zu Frau Wiesemann: Was Sie zum Schluss über den Kindeswohlmaßstab sagten, ist das natürlich auch in der Rechtswissenschaft der oberste Maßstab, aber als unbestimmter Rechtsbegriff eben schwer zu füllen. Sie hatten dann unterschieden zwischen Kindesalter und Erwachsenenalter, und da, glaube ich, liegt eines der großen Probleme. Wir brauchen mehr Differenzierung. Das Zivilrecht ist da sehr simpel, 18 ist die Schnittstelle, standardisiertes Erwachsenenalter, vorher unmündig, danach mündig. Die Realitätsberichte zeigen ja gerade, dass

unterschieden werden muss zwischen Kindern, die sich noch nicht äußern können, und denen, die das können. Adoleszenz und Pubertät sind differenzierter, und entsprechend sind auch die Probleme differenzierter. Wir brauchen mehr Einzelfallentscheidungen.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Bevor jetzt die Runde weitergeht, spitze ich die Frage noch mal zu, weil ich bisher den Eindruck hatte, dass sich doch eine Haltung durchsetzt, die man mit „offen lassen“ bezeichnen kann, bis das Kind selber entscheiden kann, was tatsächlich operative Eingriffe angeht. Ist das ein Konsens, der sich langsam abzeichnet? Ist also Money wirklich überwunden, oder ist das noch gar nicht überwunden und muss man das noch mal neu diskutieren?

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: ... Money, ja.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: ... Mouney – Mouney ...

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Money, wie das Geld.

Zuruf (unbekannt): Money, Money heißt der.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Money, na ja, das klingt für mich ja sehr

kapitalistisch, deshalb habe ich das, glaube ich, vermieden, also gut, Money. Gut.

(Heiterkeit)

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Ich würde grundsätzlich gern mal was zu dem Letzten sagen. Wenn Kinder schon mit zwei Jahren kastriert werden – ich will das jetzt mal ganz klar sagen: Das jüngste Kind, was wir jetzt haben, was kürzlich kastriert worden ist, ist neun Monate alt. Wenn ein Kind in diesem Alter kastriert ist, wo will denn da noch eine Identitätsbildung stattfinden?

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Ja, Moment. Ich glaube, wir müssen bei der Operation unterscheiden, unter Kastration verstehe ich Entfernen der Keimdrüsen ...

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Ja, richtig!

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Aber das ist noch nicht dasselbe wie eine Veränderung der äußeren Geschlechtsteile.

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Ja, Moment, das ist ja das eine. Wir müssen das ja mal ganz präzise sehen, es handelt sich um kastrierte Kinder. Kastrierte Kinder haben eine andere Entwicklung als die Kinder, die ihre Gonaden noch haben!

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Da gebe ich Ihnen sofort Recht. Aber ein Kind, bei dem die Klitoris verändert worden ist, hat psychosexuell noch nicht eine andere Entwicklung ...

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Das ist richtig, aber wir sprechen ...

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Darum geht es mir jetzt.

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Ja, Moment ...

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Frau Kreuzer, da spricht aber niemand dagegen im Moment. Also das, wenn das ...

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Ja, doch, das von der Frau Wiesemann hört sich doch genauso an. Wir berücksichtigen das Kind. Wenn ich das Kind mit zwei Jahren kastriere, da brauch ich das mit elf nicht mehr zu fragen: Was willst du denn? Weil das Kind das nicht wissen wird, weil es kastriert ist. So, Punkt.

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Ich glaube, hier gibt es nicht so differente Meinungen speziell zu diesem Punkt, aber lassen wir Frau Wiesemann das vielleicht noch mal

differenzieren, das eine ist die frühe Operation, und vielleicht können wir das absichten von dem Problem der Identität.

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann [Universität Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin]: Ja, vielen Dank. Da muss ich wirklich ganz kurz was darauf sagen, sonst stehe ich hier als Kastrationsbefürworterin im Publikum. Wir sagen in diesen Grundsätzen ganz eindeutig, dass die Entfernung der Gonaden einer Kastration gleichkommt. Da ist es genau dieser Begriff, den Sie da auch verwenden, und das steht auch jetzt schon rechtlich unter Strafe bei Kindern und Jugendlichen und darf nur mit einer zwingenden medizinischen Indikation, die auf das Wohl des Kindes zielt, durchgeführt werden. Da gibt es eine Diskussion darüber, wann Gonaden krebsartig entarten können. Ich möchte dieses Thema hier auch gar nicht aufgreifen, ich bin auch überhaupt nicht kompetent in dieser Frage, das ist offensichtlich sehr umstritten. Ich glaube es gibt heutzutage keine Rechtfertigung mehr, Kleinkindern Gonaden zu entfernen.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Gut, und das möchte ich aber ...

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann [Universität Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin]: Darüber hinaus, nein, ich möchte jetzt gerade noch zu Ende führen ...

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Ja, gut, machen Sie erst mal zu Ende, aber ...

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann [Universität Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin]: ..., weil das noch ein paar wichtige Dinge waren, die hier angesprochen wurden. Das Zweite ist, dass es gerade bei den komplexeren Situationen von Intersexualität sehr häufig dazu kommt, dass im Verlaufe der Pubertät und des Älterwerdens noch mal ein Geschlechtswechsel angedacht und auch möglich wird. Und unseres Erachtens ist es ungeheuer wichtig, dies bei allen frühzeitigen Maßnahmen das im Blick zu haben und es dem Kind oder Erwachsenen nicht unmöglich zu machen, sich später noch mal für ein anderes Geschlecht zu entscheiden. Das heißt, alle Maßnahmen, die in der frühen Kindheit getroffen werden, sollen diese Entscheidung offenhalten. Das ist das Offenlassen, was Sie gemeint haben, Herr Wunder, und das halten wir für außerordentlich wichtig. Ich würde das allerdings trotzdem nicht so pauschal unter dem Begriff des generellen Offenlassens fassen. Wie Frau Richter-Appelt glaube ich, dass es für das Kleinkind wichtig ist, sich einem sozialen Geschlecht zuzuordnen. Offenheit gegenüber dem Kind, also Partizipation des Kindes heißt aber auch, es, wenn es in der Lage ist, das zu verstehen, einzubeziehen in die Situation, es auch zu informieren, kindgerecht zu informieren und sich dann an den Interessen des Kindes vorwärtszubewegen.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Ich glaube, der Teufel liegt im Detail, wie ich auch an den Wortmeldungen hier merke. Jetzt müssen wir es trotzdem noch mal klären, wo die Unterschiede sind. Sie haben als Auditorium auf Ihren Sitzen eine Mappe vorgefunden, in denen sich drei Empfehlungen oder Forderungskataloge befinden. Frau Wiesemann vertritt den des Netzwerkes Intersexualität ...

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann [Universität Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin]: Nein, ich vertrete nur die Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk. Das ist ein gewisser Unterschied, weil dieses Netzwerk Intersexualität aus einer ganzen Reihe von Medizinern und Naturwissenschaftlern besteht. Die kann ich nicht vertreten.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Gut. Aber die Richtlinien, die Sie hier vorgetragen haben, die vertreten Sie, zumindest hier auf dem Podium, so weit können wir uns einigen?

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann [Universität Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin]: Es sind Grundsätze und Empfehlungen, weil wir uns schon vor dem Begriff Richtlinien zurückgescheut haben ...

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Gut.

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann [Universität Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin]: Und die vertreten wir.

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Ich würde ganz dringend davor warnen, wenn wir uns mit den Operationen beschäftigen, immer von der Operation zu sprechen. Es gibt eine ganze Reihe unterschiedlicher Operationsmaßnahmen, und der wirklich wichtige Unterschied – deswegen haben wir uns vorher auch

missverstanden, glaube ich – ist: Es gibt Operationen, die haben einen Einfluss auf die Hormonproduktion. Und es gibt Operationen, die kann man als kosmetisch oder als was auch immer bezeichnen, die haben keinen Einfluss auf die Hormonproduktion. Und ich glaube, die beiden sollte man zumindest nicht in einen Topf werfen, weil sie unterschiedliche Auswirkungen haben, sowohl auf den Körper wie auch auf das psychische Erleben. Das will ich nur sagen.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Frau Veith!

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Wenn ein xy-chromosomaler Mensch auf die Welt kommt – und der kommt mit einem ganz kleinen Penis auf die Welt, sodass der medizinische Betrieb sagt, das liegt unterhalb der Normen – und ich beschneide oder operiere dieses Genital, damit es dann ein bisschen weiblicher aussieht, dann verletze ich dieses Genital.

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Ich habe nicht behauptet, dass es nicht verletzt wird, ich sage nur, das ist was anderes.

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Aber ich sage, das ist eine Verletzung eines Genitals, eine kosmetische Angleichung aus einem kulturellen Grund. Nennen Sie mir einen Grund, wenn er nicht kulturell bedingt ist, über den wir uns nicht aufregen. Wer von Ihnen will hier Genitalbeschneidung an Kindern aus kulturellen Gründen?

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt
[Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Unterstellen Sie mir das nicht. Ich will das überhaupt nicht.

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]:
Nein, ich weiß es, aber ich weiß, dass Sie hier ...

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt
[Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Ich will nur sagen, dass man unterscheidet zwischen den beiden.

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]:
Ja, und ich möchte klarstellen, dass diese Operationen, diese nicht medizinisch notwendigen Operationen, kosmetische Eingriffe sind, die einzig und allein dazu dienen, dass man einem gesellschaftlichen Druck, einem offenbaren Druck, was ich nicht glaube, nachgibt. Ja, ich glaube das nicht, ich stelle das in Abrede, weil es nämlich die Möglichkeit der späteren Entwicklung komplett unterbindet. Wir schaffen Tatsachen, die wir nicht mehr verändern können. Und es sind kulturell bedingte Beschneidungen. Das kann nicht sein!

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: (zu Frau Kreuzer) Ich kann Sie nicht ständig dran nehmen, auch wenn Sie sich immer melden.

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: (zu Herrn Wunder) Ja, ich bin ja nur einmal dran gewesen.

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt
[Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Ich will das gar nicht infrage stellen, das ist nicht mein Punkt. Mein Punkt ist einfach, es gibt zwei unterschiedliche Dinge, beide muss man getrennt betrachten.

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: (zu Herrn Wunder) Ja, ich kriege ja keinen Satz ganz raus.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: (zu Frau Kreuzer) Dann sollen Sie jetzt die Zeit haben und sprechen.

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Danke schön! Ich möchte mal jetzt ganz klar was dazu sagen. Es geht hier nicht um Angleichen oder um Anpassen. Das möchte ich mal ganz klar sagen. Es geht hier um Verändern. Denn wenn ich was angleiche, dann heißt das, ich mache etwas Ungleiches zu etwas Gleichem. Ich glaube kaum, dass ein Stück Darm, ein Stück Sigma als Neovagina eine Angleichung ist. Ich kenne keine biologische Frau, keine Biofrau, die ein Stück Sigma als Vagina hat. Tut mir leid, das ist keine Angleichung oder Korrektur, sondern das ist einfach irgendwas. So, und das andere, was ich ganz klar sagen möchte, ist: Es gibt auch noch andere Möglichkeiten außer der operativen Kastration. Neun-, zehn-, elfjährige Kinder, deren Akten ich zu Hause liegen haben, werden mit Androcur behandelt, mit 50, 100 mg pro Tag. Androcur. Das ist ein Mittel, mit dem man normalerweise Triebtäter ausschaltet. Da muss ich Ihnen ganz ehrlich sagen, da ist keine Identitätsentwicklung mehr drin. Ich habe sogar

CAISler, die werden mit Androcur behandelt, das müssen Sie sich vorstellen.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Auch wenn wir jetzt etwas länger Zeit haben, gucke ich doch, dass wir möglichst viele Redebeiträge unterkriegen. Um jetzt noch mal die Linien wirklich klar zu ziehen: Wir diskutieren über den Punkt, ob es eine Legitimation für frühe Eingriffe gibt, in denen das Kind selber noch nicht beteiligt ist oder einwilligen kann. Über diesen Punkt reden wir. Und es gibt, wie gesagt, in Ihren Mappen drei verschiedene Papiere und Empfehlungen, und ich lese mal aus der Empfehlung Ihres Verbandes Intersexuelle Menschen e. V. vor, dass dort chirurgische und medikamentöse hormonelle Eingriffe generell zu unterlassen sind ohne persönliche Einwilligung, außer es geht um die Behebung lebensbedrohlicher Zustände. Es gibt also auch diese Ausnahme bei Ihnen, und ich glaube, der Unterschied ist, dass diese Ausnahmeregelungen in den Richtlinien, die Claudia Wiesemann vorgestellt und uns erläutert hat, den größten Spielraum und das größte Zwischenglied enthalten. Dazwischen ist irgendetwas, und ich glaube, dass es dieser Grauraum oder dieser große Entscheidungsraum in den Richtlinien oder Empfehlungen des Netzwerkes Intersexualität ist, der hier Verdruss schafft. Und das betrifft jetzt nun nicht die Altfälle, die in den 60er- und 70er-Jahren angesiedelt sind. Auf deren Entschädigung kommen wir gleich noch mal zu sprechen. Ich wollte das nur mal klarstellen, dass zwischen diesen drei Empfehlungen wirklich auch ganz große Unterschiede bestehen, nicht in dem, was dort zum Kindeswohl geschrieben steht, sondern in dem Offenlassen, dass es doch mehrere Möglichkeiten für frühe Eingriffe gibt. So erscheint es mir jedenfalls. Sie müssten das noch mal sagen, ob das ein falscher Eindruck ist oder wie sich das wirklich verhält. Wie groß sind dort die

Ausnahmemöglichkeiten, was wird dort unter einem lebensbedrohlichen Zustand verstanden oder unter einer medizinischen Indikation?

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann [Universität Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin]: Ich möchte trotzdem zunächst noch mal die Gemeinsamkeiten hervorheben. Ich finde beispielsweise das, was Sie gerade geschildert haben, etwas Indiskutables. Die Tatsache, dass man nur aufgrund von einer wirklich höchst strittigen sozialen Norm, nämlich der Penis ist angeblich zu klein, meint, ein Kind zur Frau werden zu lassen, um ihm angeblich dann ein besseres soziales Schicksal zu bieten, das ist in höchstem Grade menschenverachtend, und das sollte auf keinen Fall weiter ...

Zuruf (unbekannt): Das ist genau das, was John Money gemacht hat!

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann [Universität Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin]: Das haben wir ja gerade kritisiert, dass das so nicht geht.

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Genau.

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann [Universität Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin]: Ich hoffe, dass der großzügig praktizierte Glaube an diese soziale Anpassung inzwischen auch unter Medizinern erschüttert ist, dass dies nicht mehr selbstverständlich angenommen wird. Ein großes Dilemma sehe ich darin, dass es keine wirkliche

Konzentration der Behandlung und Beratung von Eltern mit intersexuellen Kindern in speziell professionellen Zentren gibt in Deutschland, dass das heute immer noch jeder, der sich das irgendwie zutraut, machen darf. Darin steckt ein ganz, ganz großes Dilemma, und deswegen werden wir vermutlich und leider auch noch in Zukunft weiterhin von solchen schrecklichen Fällen hören wie denen, die Sie gerade geschildert haben.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Hierin stimmen übrigens alle drei Empfehlungen überein. Sie fordern nicht nur eine Verbesserung der Beratung, sondern Sie fordern multiprofessionelle Zentren, in denen das ganze Wissen auch vorhanden ist und vermittelt wird. Da ist sozusagen offensichtlich eine gesicherte Position in der Diskussion. Aber jetzt noch mal zu den ...

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann [Universität Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin]: ... zur Differenz, genau.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: ... zu den Differenzen und auch zu diesen Entscheidungsspielräumen. Und dann Frau Plett.

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann [Universität Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin]: Wir haben uns in unseren Grundsätzen und Empfehlungen nicht zu einem pauschalen Operationsverbot durchringen wollen, und ich glaube, der Unterschied in unserer Position besteht darin: Welchen Wert messen wir den Partizipationsrechten des Kindes bei bzw. auch den Interessen des Kleinkindes? Wir haben hier einen verhältnismäßig

optimistischen Standpunkt vertreten und gesagt, auch schon eine Achtjährige, eine Neunjährige, eine Zehnjährige sollte erstens einbezogen werden in Entscheidungen und kann zweitens auch schon mitbestimmen, welche Therapiewege gegangen werden können und sollen. Und das kann zum Beispiel eben auch bedeuten zu verhindern, dass bei einem als Mädchen erzogenen Mädchen ein Virilisierungsschub in der Pubertät einsetzt. Ich würde sagen, das ist eine vertretbare Vorgehensweise, wenn es eine entsprechende gute Betreuung der Familie gibt und das Kind einen entsprechenden Reifegrad aufweist. Mir scheint da ein großer Knackpunkt zwischen uns zu liegen.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Frau Plett, ist das rechtlich überhaupt möglich?

Prof. Dr. iur. Konstanze Plett, LL. M. (Wisconsin-Madison) [Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft]: Ja, also das Problem ist folgendes. Als ich mich gemeldet hatte, wollte ich zunächst auch noch mal darauf hinweisen, dass es eben um Behandlungen geht, nicht nur um die chirurgischen, die sind natürlich besonders dramatisch, aber auch um irreversible ...

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: ... hormonelle Behandlungen ...

Prof. Dr. iur. Konstanze Plett, LL. M. (Wisconsin-Madison) [Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft]: ... hormonelle chemotherapeutische Behandlungen und dergleichen mehr. Ein Problem mit der Berücksichtigung des Kindeswohls ist ja: In dem Moment, in dem die Kinder

zwar schon sprechen können, aber doch noch nicht in der Lage sind, ihr eigenes Interesse wahrzunehmen, werden dann doch Erwachsenenpositionen als Kindespositionen ausgegeben. Ich stimme Ihnen zu, dass unter Umständen Achtjährige durchaus schon frühreif sind, wie es früher hieß, und sich auch im Hinblick auf Sexualität möglicherweise äußern können, aber das ist ja auch wirklich von Fall zu Fall verschieden. Aus meiner juristischen Perspektive ist es für mich ein Dilemma, seit ich mit diesen Fragen beschäftigt bin, dass sich die Sache in dem Dreieck Therapiezentren, Eltern und betroffenes Kind selber abspielt. Wer wacht darüber, dass da nicht irgendwie dann doch ein Stück Erfahrungs- und Wissensvorsprung oder Eigeninteresse die Macht gewinnt über die anderen. Eine Dissertation, die von mir betreut wird und demnächst fertig ist, sucht auch diesen dritten Lösungsweg, dass die höchstpersönliche Zustimmung absolut gesetzt wird. Das hieße ja, man müsste wie beim Sterilisationsverbot im Familienrecht, was strafrechtliche Auswirkungen hat, warten, das heißt also: Bevor das Kind 18 ist, kann gar nicht eingegriffen werden. Aber dass darüber eine Kontrolle ausgeübt wird – und da hat der Staat auch letztlich ein Wächteramt –, dass die Kinder selber zu Wort kommen und gehört werden und nicht von ihren Eltern dann beeinflusst werden, auch wenn sie schon von ihnen abhängig sind. Kinder bleiben ja abhängig von ihren Eltern, und wenn die Eltern etwas ganz dringend wollen, und die Kinder ...

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Was heißt das, ab 12? Ab 14?

Prof. Dr. iur. Konstanze Plett, LL. M. (Wisconsin-Madison) [Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft]: Das lässt sich nicht festlegen. Nein, das müsste von Fall zu Fall überprüft werden,

weil auch manche Zwölfjährige nicht so wie andere Zwölfjährige sind. Das ist ein so heikler und so höchstpersönlicher Bereich, dass ich es nicht für angemessen halte, da standardisierte Altersgrenzen wie die 18 oder Religionsmündigkeit mit 14 einzuführen, sondern von Fall zu Fall eine Überprüfung stattfinden ...

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Okay.

Prof. Dr. iur. Konstanze Plett, LL. M. (Wisconsin-Madison) [Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft]: ... und dafür ein Verfahren entwickelt werden müsste, das garantiert, dass das Kind nicht überstimmt wird und ungehört bleibt.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Meine Frage geht jetzt an den Bundesverband. Schließen Sie sich einer solchen Haltung an, einer von Ihnen bitte!

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Lass mich mal!

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Ja, bitte.

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Nein.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Sondern 18 Jahre?

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Ja, das ist eine ganz einfache Geschichte. Ich erkläre das mal ganz einfach in kurzen, knappen Worten. Erstens haben wir hier eine sich selbst erfüllende Prophezeiung, aus einem ganz einfachen Grund. Frau Wiesemann hat moralische, ethische Grundsätze aufgestellt, ohne Fachwissen zu haben, wie Sie ja selbst sagten, oder ein eingeschränktes Fachwissen. Jetzt haben wir noch ein anderes Problem. Die Methoden, die Behandlungen, die da stattfinden, egal, ob das die medikamentösen, chirurgischen oder sonstigen Methoden sind, die da angewendet werden, haben keine Evidenz. Sie haben auch keine signifikanten Ergebnisse. Das heißt, wenn Sie eine solche Methode auf ein Kind anwenden, können Sie diese Methode ja noch nicht mal erklären. Sie können ja noch nicht mal mit einer gewissen Sicherheit voraussagen, was bei Ihrer Methodenanwendung herauskommt. Das heißt letztendlich: Sie haben überhaupt keine rechtfertigende Einwilligung für diese Eingriffe. Das heißt in der letzten Konsequenz, dass Sie das rechtlich gar nicht dürfen. Habe ich Recht oder nicht?

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Nein, Sie haben da nicht Recht, und die Frau Plett ...

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Wieso? Wieso?

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: ... wird Ihnen da auch gleich noch mal widersprechen. Warten Sie mal, die Evidenz ist das eine ...

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]:
Das ist ein Menschenversuch, ein Menschenversuch!

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Das ist ein Experiment!

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Moment, würden Sie dann so weit gehen, dass es ein Menschenversuch ist, auch wenn ...

Zwischenruf (unbekannt): Ja, klar!

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]:
Das ist ein ...

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Ja, ja natürlich!

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Lassen Sie mich doch die Frage zu Ende stellen!

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]:
Entschuldigung.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Würden Sie so weit gehen, dass es auch ein Menschenversuch in diesem Falle ist, wenn ein 18-Jähriger einwilligt?

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]:
Unter Umständen ja.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Wissen Sie, und das ist die Frage, worüber wir diskutieren.

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Bei dem 18-Jährigen können Sie aber sagen, dass es ein Menschenversuch ist, und Sie können ihn auf die Gefahren hinweisen, die unter Umständen mit diesem Menschenversuch verbunden sind. Und wenn er dann für sich entscheidet, dass er diesen Weg gehen möchte, weil es ihm sonst unerträglich erscheint, warum soll er das bitte schön nicht machen? Wir haben in diesem Fall die Möglichkeit der Selbstbestimmung. Wir regeln das sonst auch. Sie lassen auch einen Geschlechtswechsler über ein Verfahren laufen, lassen ihn auch ohne informierte Einwilligung nicht operieren. Es ist ja keine informierte Einwilligung, Sie können gar nicht informieren über etwas, von dem Sie nicht wissen, wie es sich verhält. Das lässt der Staat zu. Das sind aber erwachsene Menschen, das sind volljährige Menschen, die mit ihrem Körper machen können, was sie wollen, wenn die sich zerstören wollen. Aber wir haben nicht das Recht, ein Kind aus dieser kulturellen Sicht heraus an irgendetwas anzupassen, was auch immer Sie wollen, denn auf der anderen Seite: Wo wollen Sie anfangen, dieses Recht zu regeln, wo hört es auf und wo fängt es an? Das genau war meine Frage auch.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Ja, aber Frau Veith, wir sind an einer etwas anderen Stelle im Moment, nämlich da, wo auch einige Fachwissenschaftlerinnen sagen, es gibt auch ein Recht des Kindes, möglichst vor 18 in eine Operation einzuwilligen.

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Wie können Sie denn Eltern und einem Kind etwas antragen, was Sie selbst nicht erklären können?

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Na ja, dann müssen wir jetzt vielleicht noch mal auf die nächste Frage kommen, und da schaue ich Dich mal an. Wir kommen gleich ins Publikum, deshalb warte ich jetzt noch ab. Wir müssen diese Runde erst mal hier abschließen, daher kann ich Sie jetzt im Moment nicht drannehmen. Frau Richter-Appelt, die Frage geht an Sie, es wird immer gesagt, die Evidenz fehlt hier. Was ist darunter eigentlich in dieser Debatte genau zu verstehen, die Evidenz fehlt – von was eigentlich, von welchen frühen Eingriffen für welche erwarteten Folgen? Denn ich glaube, es gibt ja auch Dinge, für die es Evidenz gibt.

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Der Evidenzbegriff ist ja in der Medizin ziemlich klar definiert und hat verschiedene Ebenen. Und wenn ein Medikament zum Beispiel wirklich evidenzbasiert eingesetzt wird, heißt das, dass klinische Prüfungen vorgenommen wurden mit kontrollierten Studien, in denen ein Teil ein Medikament bekommen hat, ein anderer Teil hat das Medikament nicht bekommen. Wir haben untersucht, ob es Nebenwirkungen gibt, ob es Wirkungen gibt usw. Es gibt aber auch eine klinische Evidenz, die ein bisschen drunter ist. Die Frage ist aber hier, systematische Untersuchungen gibt es nicht, dem muss ich zustimmen, und ...

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Es gibt also keinerlei Ergebnisse, wo man sagen kann, dass ein ...

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Nicht systematisch, sondern wo man gesagt hat: Ich nehme alle Kinder in Deutschland, die beispielsweise zwischen 2009 und 2010 geboren worden sind, und versuche, sie über zwei Jahre, drei Jahre, fünf Jahre, zehn Jahre zu verfolgen ...

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Man könnte also sagen, es gibt nur anekdotische Ergebnisse?

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Nein, das würde ich nicht sagen, dass es anekdotische Ergebnisse sind, weil ich glaube, auch Einzelfallstudien sind Ergebnisse. Und das, was Sie hier berichten, sind ja auch Ergebnisse, nur sie sind nicht im wirklichen Sinn evidenzbasiert, dass ich eine Hypothese aufgestellt habe und geschaut habe, wenn ich die so behandle, dann erwarte bzw. beobachte ich dieses oder jenes Ergebnis. Das Problem, das existiert, glaube ich, werden wir auch nicht lösen können. Wir könnten ja sagen: Wir nehmen eine Gruppe, die operieren wir, und die andere, die operieren wir nicht. Nur, wollen Sie das machen bei Dingen, die ethisch so brisant sind? Und das Problem, das bei der ganzen Geschichte letztendlich auftaucht, ist das folgende – ich bringe jetzt etwas ganz Heißes ein –: Woher weiß ich, wenn ich Kinder nicht behandelt habe, dass die mir nicht, wenn sie 16, 18, 20 sind, vorhalten, du hast genau

gewusst, dass es diese Behandlung gibt, aber du hast sie nicht auf mich angewandt. Und das ist etwas, das ist ein Dilemma, das können wir nicht beantworten. Das ist ein Problem.

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Gut. Wenn wir uns einig sind, dass wir in diesem ethischen Dilemma stecken, dass wir bisher weder die Anwendung noch die Unterlassung mit genügend Kenntnissen untersucht haben, auch die Unterlassung eben nicht, weil der spätere Vorwurf ja auch kommen kann, dann sind wir vielleicht ein Stück weiter, was ja für eine ethische Bewertung heißen würde, dass äußerste Vorsicht angesagt ist.

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Auf jeden Fall. Ich kann nur sagen, wir haben eine Studie gemacht, bei der wir 70 Personen mit verschiedenen Formen von Intersexualität untersucht haben, und wir haben ganz Wenige darunter gehabt, die der Medizin durch die Lappen gegangen sind. Und ich kann nur sagen, denen ist es nicht schlecht gegangen. Das ist eine wichtige Aussage.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Das ist, glaube ich, jetzt noch mal ganz wichtig, das ist die Hamburger Katamnesestudie ...

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Die Hamburger Katamnesestudie, in der wir – wie gesagt – erwachsene Personen mit

verschiedenen Formen von Intersexualität untersucht haben. Wir wollten wissen, welche Behandlungserfahrungen sie gemacht haben. Ich kann dazu sagen, alle XY-Personen sind weiblich zugewiesen worden, die irgendwie nicht eindeutig waren, alle XY-Personen sind gonadektomiert worden, das heißt ihnen sind die Keimdrüsen entfernt worden, das ist das, was hier jetzt gerade angegriffen wurde. Alle wurden, wenn sie nicht ein eindeutiges Genital hatten, dem weiblichen Genital angeglichen. Es gab aber – wie gesagt – Einzelfälle, die aus irgendwelchen Gründen, weil sie aus anderen Ländern kamen oder so, keine Behandlungsmaßnahmen hinter sich hatten und – man muss da jetzt nach den Diagnosen differenzieren – bei denen man nicht sagen kann, dass das total unglückliche Menschen sind, weil irgendetwas mit ihrem Körper nicht in Ordnung ist, sondern die eigentlich relativ zufrieden sind. Und das sind Einzelfälle, das ist jetzt keine Evidenzbasiertheit, aber es sind Einzelfälle, die wir beschreiben können und die uns hellhörig machen müssen.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Gut. Das nehmen wir jetzt mal als Absprungbasis für die öffentliche Debatte. Es gibt drei Mikrophone, die Sie auch sehen, und ich bitte Sie, wie ich anfangs gesagt habe, Ihren Namen zu sagen. Wenn Sie Ihren Namen nicht sagen wollen, sagen Sie einen anderen, unter dem Ihr Beitrag auf der Internetseite des Ethikrates erscheint. Auf jeden Fall brauchen wir eine Zuordnungsmöglichkeit. Ich wurde gebeten, das extra so zu sagen, und das tue ich auch gerne. Dann darf ich Ihnen das Wort geben, bitte stellen Sie sich kurz vor.

Zerfina Seiden [Niederlande]: Danke schön. Ich bin Zerfina Seiden, ich komme aus den Niederlanden, und ich habe ungefähr drei sogenannte anormale

Sachen, die ich mittrage. Mein Deutsch ist nicht so gut, Entschuldigung. Aber meine wichtige Frage, die ich immer gleich im Kopf habe und die ich gerne allen Betroffenen, allen Leute, allen sogenannten Intersexuellen, die hier sind, stellen will, ist: Warum wollen wir die Menschen ändern statt die Gesellschaft?

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Danke schön! Wir sammeln mal. Und dann Sie! Hatten Sie sich nicht gemeldet? Ja, bitte!

Prof. Dr. iur. utr. Dr. phil. Rüdiger Lautmann [Universität Bremen]: Bin ich dran?

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Ja, Sie sind dran!

Prof. Dr. iur. utr. Dr. phil. Rüdiger Lautmann [Universität Bremen]: Rüdiger Lautmann, Universität Bremen. Es ist jetzt nur über die Körperoperationen gesprochen worden und nicht mehr über die Änderung des Grundgesetzes. Das scheint also einhellige Meinung der Podiumsteilnehmerinnen zu sein, dass diese Veränderung in Art. 3 sinnvoll ist, wo die Intersexuellen zusammen mit den Lesben, Schwulen, Transgender-Leuten, Bisexuellen zur sexuellen Identität geschützt werden. Frau Plett hat gesagt, die Beispiele entstammen immer dem gleichgeschlechtlichen Raum. Ich halte das nicht für problematisch, denn dort wird diese Angelegenheit ja bereits seit 120 Jahren diskutiert, und die Intersexuellen sind eben zuletzt gekommen von den genannten vier Gruppen. Wir haben fast nur über Körperveränderungen gesprochen, auch zu Recht vielleicht, aber es gibt ja, wie auch die Vorrednerin

gesagt hat, das weitere Problem mit der Gesellschaft. Meine weitere Frage ist: Wie schützen wir denn die Kinder vor dem dringenden Wunsch der Eltern, einen normalen Sprössling zu haben? Wie schützen wir die Kinder vor den Erwartungen ihrer Clique, ihrer Lehrer, ihrer gesamten Umwelt und davor, dass sie als komisch wahrgenommen werden? Das halte ich für ein sehr viel weiter gehendes Problem, und dazu wird die Änderung des Grundgesetzes und die strafrechtliche Verfolgung von Verstümmelung nur der Einstieg sein. Meine Frage ist also: Gibt es da einen Schutz?

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Noch eine Frage! Danke, Rüdiger Lautmann, von hier vorne hatte ich Dich gar nicht erkannt, Entschuldigung.

Andreas Hechler: Ja, mein Name ist Andreas Hechler, ich habe im Jahre 2004 mit zwei Kommilitoninnen an der Humboldt-Universität einen Forschungsbericht verfasst zum gesellschaftlichen Umgang mit Intersexualität. Dieser Bericht hat es dann vor zwei Jahren auch in den Schattenbericht geschafft, der dann bei der UN eingereicht wurde. Meine Frage ist ganz einfach, und ich werde sie dann noch kurz erklären. Ich würde gerne vom Deutschen Ethikrat wissen, wieso Sie Vertreterinnen der Medizin eingeladen haben und denen auch noch so viel Redezeit gegeben haben. Die Frage stelle ich deswegen, weil die Medizin bekanntermaßen eine lange Geschichte der Pathologisierung von Intersexualität hat, diese Pathologisierung haben wir auch heute Abend erlebt, Frau Richter-Appelt, die es unter nicht normal fasst, Frau Wiesemann, die es als Krankheit bezeichnet hat ...

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Da muss ich aber widersprechen! Das habe ich nicht gemacht!

Andreas Hechler: Das Wenigste, was unter diesen Begriff der Intersexualität fällt, ist medizinisch indiziert. Auch da fand ich die Frage von Herrn Wunder an Frau Wiesemann bezeichnend, was denn genau darunter fällt. Es gibt keine Antwort. Frau Wiesemann ist ausgewichen. Ich denke, dass die Medizin hier ihren Kompetenzbereich überschreitet, ich denke, sie sollte sich zu Intersexualität nicht weiter äußern.

(Beifall)

Andreas Hechler: Und ich denke, was wir brauchen, ist nicht eine medizinische Diskussion, sondern eine gesellschaftliche Diskussion über Zweigeschlechtlichkeit und Heteronormativität.

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Danke schön! Das sind drei Fragen erst mal an das Podium. Hertha, Du bist direkt angesprochen worden, dann Frau Plett.

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Ja, ich muss als Erstes also wirklich von mir weisen, ich habe das Wort normal nur in dem einen Zusammenhang gesagt, wo ich gesagt habe, ich finde es nicht angebracht, von normal zu sprechen. Sonst hab ich dieses Wort nicht verwendet. Also das, finde ich, ist eine Unterstellung, dagegen muss ich mich wehren. Ich würde gern auf die

gesellschaftliche Veränderung zurückkommen, weil das immer so in den Raum gestellt wird. Ich glaube, wir müssen uns überlegen: Wo können wir konkret ansetzen, wenn wir die Gesellschaft verändern wollen? Und ich glaube, es sind die Kindergärtnerinnen, es sind die Lehrerinnen, es sind Eltern natürlich, und es ist die gute Medizin. Im Medizinunterricht lernen Sie nur diese paar Bildchen, die ich Ihnen da gezeigt hab, also wie irgendwelche Gonaden sich entwickeln, und dass dann irgendwie Männer oder Frauen dabei herauskommen, aber über die Entwicklung von intersexuellen Personen lernt man in der Medizin überhaupt nichts. Und in der Psychologie, in Psychologielehrbüchern können Sie das suchen. Und das sind ja die Menschen, die primär angesprochen werden unter Umständen, wenn eine Person das Gefühl hat, es stimmt mit ihr irgendetwas nicht oder es ist irgendetwas anders oder sie erlebt sich so, dass sie nicht weiß, was mit ihr los ist. Und ich glaube, das ist zumindest ein Punkt, bei dem man genauer hinschauen und ansetzen muss, wenn man die Gesellschaft verändern möchte, neben vielen anderen Punkten, aber das wäre für mich so der erste Schritt.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Danke. Frau Plett!

Prof. Dr. iur. Konstanze Plett, LL. M. (Wisconsin-Madison) [Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft]: Ja, direkt dazu. Es ist schon richtig, dass die Medizin, wie Kathrin Zehnder es in ihrer kürzlich erschienen Dissertation benannt hat, der hegemoniale Diskurs ist oder den hegemonialen Diskurs in diesen Fragen bestimmt. Zugleich ist aber ja genau das eine gesellschaftliche Frage auch, und von meiner Disziplin her gesehen, ja, die noch herrschende Jurisprudenz gibt der Medizin freie Hand zu bestimmen, was Geschlecht ist, und zieht sich

vornehm aus der Heteronormativitätsdebatte zurück. Dagegen ist ja auch Kritik laut geworden. Also, wie gesagt, die gesellschaftliche Verantwortung liegt deshalb dann auch ein Stück weit in der Überwachung der Medizin, wenn sie zu Handlungen oder Ergebnissen führt, die dann doch nicht mehr goutiert werden. Und zu der ersten Anmerkung von der Dame aus den Niederlanden: Wir haben ja eine Verengung gehabt, dass eben Intersexuelle oder Zwitter, wie sie vor 200 Jahren vom Recht auch durchaus noch akzeptiert waren, gewissermaßen aus der gesellschaftlichen Wahrnehmung verschwunden sind. Da haben mehrere Kräfte zusammengewirkt, und jetzt sind wir, hoffe ich, bei der Gegenarbeit.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Es war noch eine Rechtsfrage von Professor Lautmann gestellt worden.

Prof. Dr. iur. Konstanze Plett, LL. M. (Wisconsin-Madison) [Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft]: Ach so, die Frage mit der Grundgesetzänderung. Ich bin schon dafür. Ich halte zwar auch jetzt schon intersexuelle Menschen durch das Verbot der Geschlechtsdiskriminierung geschützt, glaube aber, dass von einer Erweiterung um sexuelle Identität eine Signalwirkung dann ausgehen könnte, wenn denn diejenigen, die das aktuell fordern, wirklich wissen, was Intersexualität oder Intersex bedeutet, und da habe ich aktuell noch meine Zweifel. Sie nennen sie mit in der Reihe, ohne zu wissen, wovon sie reden.

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Frau Veith!

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Zum Diskriminierungsschutz möchte ich noch mal was sagen. Niemand darf wegen seines Geschlechtes diskriminiert werden. Das ist ein grundrechtlicher Schutz. Und ich verstehe die Diskussion ernsthaft nicht, wenn hier das Argument immer noch angeführt wird, das Kind könnte diskriminiert werden. Dieser Staat hat die Verpflichtung, diese Diskriminierung gegenüber intersexuellen Kindern abzustellen, auch in der Schule.

(Beifall)

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Und ich muss ganz eindeutig sagen, es kann nicht sein, dass dieses Kind sich diesen Qualen aussetzen muss, weil die Gesellschaft nicht in der Lage ist, Diskriminierung abzustellen. Ich verstehe das nicht!

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Ich gehe mal weiter ins Publikum. Bitte, jetzt fangen wir mal auf der Seite an. Frau Professor Lübbe!

Prof. Dr. Weyma Lübbe [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Ja, mein Name ist Lübbe. Ich möchte mich auch genau zu diesem Punkt äußern, nämlich Menschen verändern statt Gesellschaft verändern. Ich habe das so verstanden, dass Sie auch in Ihren Vorträgen gesagt haben, dass die Absicht, die Betroffenen vor Diskriminierung zu schützen, eines der Motive für diese Behandlungen ist, und Sie bestreiten, dass das ein rechtfertigendes Motiv ist. Zunächst mal aus dem Grund, dass Sie sagen: Es ist eigentlich nicht zu erwarten, dass in erheblichem Umfang solche Diskriminierungen stattfinden, das ist

gar nicht bewiesen, das sind vielleicht nur Annahmen. Und zweitens, glaube ich, auch mit dem Argument, selbst wenn das der Fall wäre oder soweit es der Fall wäre, zum Beispiel gehänselt zu werden in der Schule und dergleichen, müsste man doch daran arbeiten, diese Diskriminierungen zu beseitigen und nicht die Diskriminierten.

(Beifall)

Dafür hat es jetzt mehrfach Beifall gegeben im Publikum. Ich möchte mit dem, was ich jetzt noch kurz dazu sage, ein kleines bisschen Zweifel säen. Es ist ein sehr wichtiges Thema, ein ganz zentrales Thema dieser ganzen Debatte. Aber ich möchte Zweifel säen, dass es so einfach ist. Ich nehme etwa mal das Beispiel Wachstumshormone. Es gibt Kleinwüchsige – ich unterstelle das jetzt mal, die genauen medizinischen Umstände kenne ich nicht – die mit Wachstumshormonen behandelt werden. Die Behandlung als solche sei nebenwirkungsfrei. Sie müsse im frühen Alter einsetzen, damit sie überhaupt wirken kann. Man kann also nicht warten, bis das Kind sich selbst äußern kann, weil dann die Sache schon gelaufen ist, dann bleibt das Kind kleinwüchsig. Nicht?! Das wäre ein Fall, wo man sagen müsste, dass eine solche Behandlung mit Wachstumshormonen geschieht, ich nehme an, die Kleinwüchsigkeit hat als solche keinerlei klinische Auffälligkeiten, ist rein kulturell bedingt. Dennoch geschieht das natürlich überall, dass diesen Personen Wachstumshormone gegeben werden. Und nun müsste man, ganz streng genommen, sagen, nein, so eine Behandlung gibt es nicht, wir müssen daran arbeiten, dass Kleinwüchsige nicht diskriminiert werden, und es ist falsch, solche Personen zu behandeln. Ja, ich würde da auch den Kopf schütteln. Man muss aber jetzt sagen, was genau der Unterschied ist. Und das zweite Beispiel wäre etwa jemand, der ein entstellendes Unglück hatte, also schwere Beschädigungen im Gesicht. Normalerweise bietet man diesen Personen an, dass sie eine

kosmetische Operation bekommen. Das Stichwort rein kosmetische Behandlung ist auch gefallen. Müsste man mit demselben Argument nicht sagen, nein, das ist dann eine Variante? Entstellung zu sagen, ist bereits diskriminierend, und man müsste sagen, dafür gibt es keine Behandlung. Das sind zwei Beispiele, bei denen ich glaube, dass man in Zweifel kommen kann gegenüber der ganz generellen und systematisch vertretenen Norm, die besagt, was immer nicht klinisch auffällig ist, sondern nur verändert wird, weil es unter Umständen unangenehme Reaktionen bei Mitmenschen erzeugt, darf man diesen Menschen nicht zur Verfügung stellen.

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Danke schön. Jetzt ganz links!

Heinz Behr: Ja. Behr, mein Name. Schönen Dank an Frau Plett, dass sie die Marke 18 Jahre als Volljährigkeit etwas revidiert haben. Ich wünschte mir auch, dass man Erwachsene vielleicht dann als solche bezeichnet, wenn sie das Problem, um das es geht, auch verstehen und Argumente liefern können. Wobei, das fehlt mitunter auch bei Erwachsenen im hochgeschrittenen Alter von 30, 40, 60 Jahren, und es schließt noch nicht einmal Akademiker aus. Die Frage, die ich habe, ist eigentlich mehr an die Interessenvertreter gerichtet, kommt mir leider an der Stelle ein bisschen zu kurz: Gibt es denn chirurgische Maßnahmen, die bei Kindern vorgenommen worden sind, die im Erwachsenenalter plötzlich von sich sagen: „Das war eine kluge Entscheidung, ich bin dankbar dafür? Und ist es die Mehrheit, oder stellen Sie mit Ihren vielen schwarzen Beiträgen eher die gesamte medizinische Fachkunde und das medizinische Know-how in dieser Fragestellung gänzlich infrage? Das würde mich mal interessieren.“

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Danke schön. Es wird notiert. Noch eine Frage bitte aus der Mitte des Raumes.

Mathilde Haubricht: Ja, mein Name ist Mathilde Haubricht, und ich möchte gern Frau Lübke was entgegenen. Ich finde es eigentlich eine Frechheit, dass die Betroffenen sozusagen darum betteln müssen, von Experten ernst genommen und respektiert zu werden. Ich sehe nicht, dass es eine große Gruppe von Kleinwüchsigen wird, die sich organisiert, weil sie keine Wachstumshormone haben will, aber es gibt seit langem eine Bewegung, die dafür kämpft, dass Intersexuelle endlich so sein dürfen, wie sie sind. Punkt.

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Gut. Nach diesen drei Statements gehe ich wieder ins Podium. Das letzte ging direkt an Sie beiden als Vertreter der Betroffenengruppen. Bitte, wer möchte von Ihnen antworten? Frau Veith?

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Mach du mal!

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Es ging um die Kleinwüchsigkeit.

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Ja, es ging um die Kleinwüchsigkeit. Sehen Sie, das eine ist eine evidenzbasierte Sache, da wird was gemacht, das ist erforscht, da kennt man die Ergebnisse, man weiß, was passiert. Das ist die eine Geschichte davon. Die andere Seite dieser Geschichte bei uns ist die, es wird etwas gemacht,

von dem wir nicht wissen, wie es ausgeht. Und vor allen Dingen, was da gemacht wird, ist ja nicht, etwas richtig machen, was falsch ist. Wir haben ja hier keine Angleichung oder ein bisschen Nachhelfen, sondern hier wird ja teilweise komplett umgekehrt. Das heißt also, wenn ein Mensch zu lang wäre, würden dem die Beine zum Beispiel abgesägt, weil die nicht ins Normmaß passen. Verstehen Sie, das wäre das Beispiel, wie es auf uns passt. Aber wenn ich einem Kleinwüchsigen helfe, gleich groß oder größer zu werden, dann ist das schon irgendwo in Ordnung. Deshalb wehren wir uns ja auch nicht gegen jeden Eingriff. Bei einem Eingriff, den man hundertprozentig als richtig bestimmen kann, sagen wir nichts dagegen. Aber man kann nicht davon reden, dass ein Eingriff hundertprozentig richtig ist, wenn man entgegen der Biologie alles runddreht. Das ist zum Beispiel mit der Medikamentenbehandlung so. Da möchte ich gleich noch mal ganz kurz drauf kommen. Die Medikamentenbehandlung besitzt keine Zulassung, kein Mensch weiß, wie das medikamentenrechtlich zu handhaben ist. Wir haben Leute, die sind schwer, schwer, schwer organisch, systemisch krank geworden von diesen Behandlungen. Kein Richter in Deutschland nimmt sich dieser Leute an, im Gegenteil. Ich möchte Ihnen das aus dem Sozialgesetzbuch mal ganz deutlich sagen. Wir haben Richter in Deutschland, Sozialrichter, die fragen tatsächlich am Telefon die Betroffenen: Was wollten Sie denn eigentlich mit Ihren Hoden? Das ist eine Tatsache, das ist in Deutschland passiert, und nicht nur einmal. Danke schön.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Es war noch eine zweite Frage an Sie, nämlich zu den Beispielen ...

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]:
Ah ja!

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: ... die umgekehrt laufen.

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]:
Genau, ob es tatsächlich in unseren Reihen Menschen gibt, die sehr dankbar sind, dass sie operiert worden sind. Es gibt tatsächlich Fälle, bei denen die Sterilität behandelt wurde und die Betroffenen glücklich waren, dass sie eine Mutterschaft antreten konnten. Ich kenne aber auch gerade aus dem Kreis dieser Menschen auch ganz viele Menschen, die überhaupt keine Sexualität mehr haben, weil nämlich diese Behandlung so danebengegangen ist, dass sie asexualisiert worden sind. Und ich für mich möchte das nicht entscheiden müssen, ob man alle Menschen behandeln kann oder alle Menschen aus dieser Gruppe behandeln könnte. Und weil ich nicht weiß, was da passiert: Ich möchte das nicht auf meine Kappe nehmen. Um es auch noch mal deutlich zu sagen, mit dem Unfall, mit dem chirurgischen Unfall. Wenn ein Unfall ein Gesicht zerstört ist, dann ist das auch ein kosmetischer Eingriff, aber das ist ein wiederherstellender Eingriff und kein zerstörender Eingriff. Also ja, ich denke, dieses Beispiel hat sehr gehinkt.

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Bei uns wird ja zunächst erst mal die Persönlichkeit völlig zerstört, und dann wird das Ganze wieder zu etwas Neuem zusammengesetzt oder soll zumindest was Neues sein. Das ist höchstens noch etwas weiter Kaputtes.

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Darf ich noch einen Satz dazu sagen?

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Ja, genau. Frau Richter-Appelt muss gleich weg, wir sind ja noch ein bisschen länger da.

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexuallforschung und Forensische Psychiatrie]: Ich muss zum Zug!

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Und deshalb will ich ihr auch gerne noch mal ein Statement bitte jetzt an dieser Stelle geben, weil ja viele Themen im Raum sind. Bitte!

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexuallforschung und Forensische Psychiatrie]: Ich denke, Sie haben ja einleitend gesagt, dass Sie vor allem auch mit den Leuten zu tun haben, die sich an die Selbsthilfegruppen wenden, weil sie unglücklich sind und weil sie unzufrieden sind. Ich kann dazu sagen, wir haben in unserer Studie, in der wir 70 Personen oder 69 Personen untersucht haben, auch einige darunter, die mit der Behandlung zufrieden sind. Es würde jetzt zu weit führen, da wirklich ins Detail zu gehen und zu sagen, was war es denn, wann sind sie zufrieden, wann sind sie nicht zufrieden. Es ist auf jeden Fall ein Aspekt, den man beleuchten muss. Denn erstens hängt es natürlich von der Diagnose ab. Es ist was anderes, ob man aus einem chromosomalen Mann eine Frau macht oder ob man eine Frau sozusagen mehr zur Frau macht. Aber ich will das jetzt nicht im Detail sagen, aber ich glaube, ein Punkt ist ganz wichtig: Es ist unglaublich wichtig, dass die Eltern mit den Kindern gehen. Aber abschließend möchte ich auch noch mal sagen: Die Eltern können es nicht

entscheiden, sie sind ja völlig überfordert. Deswegen ist es wirklich die Aufgabe der Mediziner, sehr reflektiert mit der ganzen Situation umzugehen. Eltern haben das in der Regel das erste Mal gesehen, wenn sie so ein Kind haben. Und was sollen sie jetzt sagen? Genauso, wie ich auch meine, was ein vier, fünf, sechs, sieben Jahre altes Kind denn schon dazu sagen soll, ob es jetzt ein Mädchen oder Junge oder später mal Mutter oder Vater oder Frau oder Mann sein möchte? Alle Kinder geben Ihnen da irgendwelche Antworten, aber ob das was damit zu tun hat, wie sie wirklich mal leben, das bezweifle ich. Deswegen, denke ich, sollte man diese vielen Probleme, die da zitiert werden, schon sehr, sehr, sehr ernst nehmen und überlegen: Wo ist es gerechtfertigt, medizinisch einzugreifen? Wo ist es das auch nicht? Aber nicht allen, die behandelt worden sind, geht es schlecht.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Eine letzte Frage an Dich zur Katamnesestudie in Hamburg. Ich habe es so verstanden, dass diese im Grunde genommen auch ein Argument dafür ist, dass die wenigen, die sagen, ja, bei mir ist das auch in Ordnung oder geglückt, keine Legitimation für ein Ja sind, weil man ja sonst auch sagen müsste: Dass ich als Kind geschlagen worden bin, hat mir nicht geschadet, und außerdem ist das ein ganz guter Erziehungsstil. Das kann man ja nicht daraus schlussfolgern.

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexuallforschung und Forensische Psychiatrie]: Ja. Oder: Kannst du mich weiterschlagen? Ja, genau dem würde ich zustimmen.

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]:
Können Sie uns nicht noch mal Ihre Zahlen nennen mit der Zufriedenheit? Wie viele waren tatsächlich zufrieden?

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Mit der Behandlung?

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]:
Ja.

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Sie werden mich jetzt wahrscheinlich köpfen, aber es war fast die Hälfte.

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]:
Ja, ich weiß, aber es war weniger als die Hälfte.

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Ja, ja, aber ...

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]:
Aber es war weniger als die Hälfte, die zufrieden ist.

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Das ist ja genau der Punkt, das ist keine Rechtfertigung.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Aber verstehen Sie, die Wertung in der Hamburger Katamnesestudie ist, dass daraus nicht die Rechtfertigung zu ziehen ist und ...

Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt [Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie]: Ja, und das ist mir ganz wichtig!

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Das, glaube ich, ist ein ziemlich wichtiges Argument, weil die Betroffenen ja auch noch durchaus andere Symptome haben. Also, sie haben nur auf die Frage, ob sie damit leben können, mit einem Ja geantwortet; sie haben aber darüber hinaus durchaus Belastungen erlebt und auch traumatische Erinnerungen usw. behalten.

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]:
Suizidgedanken.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Gut, aber ich danke dir ganz herzlich, auch dafür, dass Du jetzt bis zum Schluss hier gearbeitet hast und uns aufgeklärt hast, vielen Dank!

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: So, wir haben noch Zeit für eine Publikumsrunde. Wir gehen demokratisch genau einmal an jedes Mikrofon, dann dürfen Sie bitte jetzt als Erster.

Anke Streifeneder: Ja, mein Name ist Anke Streifeneder, ich bin aus der Region und leite eine Selbsthilfegruppe mit einigen Hundert Betroffenen. Ich möchte mal gerne daran erinnern, dass die Schulmedizin keine Wissenschaft ist. Die Schulmedizin ist ein Experimentieren am Menschen mit Einverständnis des Patienten. Insofern ist der Begriff Menschenversuche schon gerechtfertigt, ja. Und dann gibt es keinen Fachbereich in der Schulmedizin, der in Fragen der Intersexualität ausgebildet. Vermeintliche Experten haben wir eine Menge, kompetente leider sehr, sehr wenige. Ja, man muss sich mal vor Augen führen, hier wird aus nicht medizinischer Notwendigkeit, sondern aus kulturellen, gesellschaftlichen Gründen behandelt, was dann lebenslange Folgebehandlungen nach sich zieht. Wenn man sich das mal auf der Zunge zergehen lässt, wenn man das mit Haus- oder Nutztieren machen würde, hätten wir ganz schnell ein Problem mit dem Tierschutzgesetz. Da traut sich keiner ran. Hier geht es ja nur um die Humanmedizin, hier spielt das anscheinend keine Rolle. Hier können die Ärzte Gott spielen. Die Schulmedizin maßt sich das an, die Natur ist nicht nur schwarz und weiß. Es gibt Studien, die belegen, dass zum Beispiel motorische oder auch geistige Unterschiede bei Kindern bis zur Pubertät die Natur oftmals selbst in den Griff bekommt. Das ist nicht bloß an eineiigen Zwillingen, sondern auch an anderen Menschen festgestellt worden. Warum lässt man der Natur nicht ihren Lauf? Die Natur regelt das schon.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: So, ich sehe fünf Leute an den Mikrofonen. Ich habe eigentlich nur Platz für drei, aber wenn Sie sich kurz fassen und solidarisch sind, dann können wir alle fünf noch zu Wort kommen lassen. Ich glaube, Sie haben sich sehr lange angestellt. Ich gehe jetzt aber erst mal zum nächsten Mikrofon. Bitte!

Gregor Zootzky: Ja, hallo, mein Name ist Gregor Zootzky. Was mich interessiert, ist, ob es eigentlich genügend Beispiele in Deutschland, Europa oder in der westlichen Welt gibt von Menschen, die mit ihrem intersexuellen Geschlecht aufgewachsen sind, ohne operiert zu sein, ob die überhaupt mal sagen können, wie es ihnen geht und wie die sich entwickelt haben. Ich höre nur von Veränderten.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Ja, die Frage ist angekommen, wird beantwortet. Bitte!

Wolfgang Baer [Psychologe]: Ich bin Wolfgang Baer, Psychologe. Wenn ich höre, informierte Entscheidung, also da sollen die Eltern entscheiden oder gar die Betroffenen, da kommt mir die Frage: Wer informiert denn da? Es gibt noch genügend Ärzte, auch in Berlin, die an Herrn Money glauben, und es gibt ein beträchtliches Maß von Verdunkelung, wo die Betroffenen nicht wirklich informiert werden oder falsch informiert werden. Das ist etwas, was in der Größenordnung für mich nur vergleichbar ist mit der Verdunkelung bei dem Thema, dass es in Krankenhäusern resistente Keime gibt. Da sterben jedes Jahr einige Tausend Leute dran, und es wird eigentlich alles geheim gehalten.

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Danke. Bitte!

Jörg Woweries: Mein Name ist Woweries. Man hat aus der Diskussion den Eindruck, dass es ein medizinisches Thema ist. Aus der Abbildung von Frau Richter-Appelt habe ich aber entnehmen können, dass es eigentlich ein gesamtgesellschaftliches

Problem ist. Ich möchte deshalb fragen: Gibt es Studien oder wenigstens eine einzige Studie, die den Ärzten das Recht gibt, durch geschlechtsangleichende Operation oder wie es auch geschrieben steht, wie die Bundesregierung es gesagt hat, durch normalisierende Operation die Intersexualität zu beseitigen?

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Das geht an Sie. Danke schön. Jetzt ein letzter Publikumsbeitrag, da muss ich Sie, auch wenn Sie sehr gebeten haben, mitnehmen, weil Sie schon so lange stehen. Bitte!

Seelenlos [Zwischengeschlecht.org]: Mein Name ist Seelenlos, ich bin von der Menschenrechtsgruppe Zwischengeschlecht.org. Anscheinend herrscht auf dem Podium ja Einigkeit, dass es keinen vernünftigen Grund gäbe, Kleinkinder zu gonadektomieren. Aber die Tatsache ist, es werden Kleinkinder gonadektomiert. Es macht niemand etwas dagegen. Wenn es ausnahmsweise einen Mediziner gibt, der sich weigert, das zu machen, dann findet sich bestimmt ein anderer. Die Selbsthilfegruppen wissen von diversen Kindern jedes Jahr, neunmonatigen, zweijährigen, die gonadektomiert werden. Frau Plett hatte gesagt, man sollte die Mediziner überwachen. Offensichtlich macht das niemand. Und ich wollte mal fragen: Was sind da die Vorschläge, um solches zu verhindern, oder gucken wir alle nur zu? Und das andere ist: Die ethischen Grundsätze, die finde ich ja zum Teil ganz schön, und gutwillige Menschen können damit bestimmt etwas anfangen, aber die Mediziner lesen die ganz anders. Zum Beispiel die aktuelle Leitlinie, die beruft sich auch auf dieses Ethikpapier und benutzt es zur Begründung, dass die Eltern bestimmen können, was immer sie wollen, und dass die Kinder keine Rechte haben. Und das hat dann da eine Fußnote, und da ist das Ethikpapier

dabei. Und für mich stellt sich da die Frage: Wo ist dann da die Ethik? Die ist da doch nur noch ein Feigenblatt! Und auch bei dieser Veranstaltung: Was kommt konkret heraus, oder reden wir alle nur und schauen dann zu, wie weiter Kinder operiert werden? Danke.

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Vielen Dank. Es tut mir wirklich leid, wir müssen zurück ans Podium, ich kann jetzt keine Publikumsbeiträge mehr annehmen. Wir müssen jetzt zum Ende kommen.

Prof. Dr. iur. Konstanze Plett, LL. M. (Wisconsin-Madison) [Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft]: Einige Fragen gehören ja durchaus zusammen. Die Frage nach dem *informed consent*, was ist erforderlich, wer muss aufgeklärt werden, und auch die Frage, wie die Medizin überwacht wird, die gehören zusammen. Ich hatte ja den Vorschlag gemacht, um aus diesem Dreieck rauszukommen, in dem die Kinder die schwächste Position haben, dass ein Verfahren entwickelt werden muss, das darüber wacht, dass die Kinder sich selber äußern können. Da ist der Gesetzgeber gefordert. Ich hatte ja in meinem Vortrag darauf hingewiesen, manche Dinge könnten dadurch verbessert werden, dass die Gesetze anders ausgelegt werden. Aber dafür ist auch immer Voraussetzung, dass Menschen sich auf Gesetze berufen, Individuen Prozesse führen, und das ist ein mühseliges Geschäft. Die Gesellschaft kann ja auch nicht auf den betroffenen Individuen die Dinge abladen, dass sie Gerichtsverfahren durchstehen, möglicherweise verlieren, weil immer dann, wenn eine gesellschaftliche Anschauung sich ändert, es erfahrungsgemäß mehrere Prozesse braucht, die sich über viele Jahre erstrecken können, wenn's durch die

Instanzen geht. Es ist schon ein gesamtgesellschaftliches Problem, das nicht nur auf den Betroffenen abgeladen werden kann, das heißt, dass auch die Politik gefordert ist, gegebenenfalls als unzureichend erkannte Gesetze zu ändern bzw. als fehlend erkannte Normen einzuführen. Und zu der Überwachungssache ist eines meiner Lieblingsargumente schon seit Jahren das folgende: Das Bürgerliche Gesetzbuch ist jetzt mittlerweile 110 Jahre alt. Seit Anbeginn gab es eine Bestimmung darin, die den Eltern dann die Kompetenz, für ihre Kinder zu entscheiden, entzieht, wenn da ein ökonomischer Interessenkonflikt zu besorgen ist, dass nicht unterschieden werden kann: Befriedigen die Eltern ihre eigenen Interessen und werden damit die Kindesinteressen möglicherweise duiert? In diesen Situationen muss seit 1900 eine gerichtliche Entscheidung herbeigeführt werden. Das ist aber der Bereich der Vermögenssorge. Im Bereich der Personensorge hat der Staat von 1900 oder Ende des 19. Jahrhunderts, als das Bürgerliche Gesetzbuch geschaffen wurde, dieses sozusagen dem Privatbereich überlassen, und jetzt 100 Jahre später stellen wir fest, das ist nicht gut, dass das allein in der Privatsphäre verbleibt. Denn wer will dann ermitteln? Da braucht es andere Normen, da braucht es Überprüfung. Und das könnte möglicherweise ja eine Empfehlung sein, dass bei der Ungleichbehandlung der Personensorge und der Vermögenssorge – bei Vermögenssorge geht es „nur“ um Geld, hier in der Personensorge stehen ja wirklich essenzielle Dinge auf dem Spiel –,genauer hingeguckt wird.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Sagen Sie noch in Ihrem Schlusstatement einen Satz zu dem interessanten Punkt des Beschneidungsverbots? Das war an Ihrem Beitrag ja sehr auffallend, dass Sie rechtliche Möglichkeiten für eine wirklich durchgreifende Regelung sehen.

Prof. Dr. iur. Konstanze Plett, LL. M. (Wisconsin-Madison) [Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft]: Das ist so ein Beispiel, dass sozusagen das Tabu ja noch nicht wirklich aufgebrochen ist. Hierzulande wird sich empört über die Beschneidung und Verstümmelung von Mädchen in anderen Kulturen, die faktisch in der Tat auch hierzulande durchgeführt wird, und das soll jetzt kontrolliert werden. Was mich daran empört, ist erstens, dass dieses Thema sehr verengt wird. Warum wird nicht die Debatte eröffnet: Warum überhaupt Beschneidung? Wir haben die Angleichung der Gesetzesbestimmung für Männer und Frauen. Geschlechtsspezifische Normen soll es im Lichte des Gleichheitsgebotes nicht mehr geben, und hier haben wir eine neue geschlechtsspezifische Vorschrift vorgeschlagen bekommen. Aber vor allem empört mich daran, dass seit der 13. Legislaturperiode, als es die erste kleine Anfrage an die Bundesregierung gegeben hat, die im Deutschen Bundestag beantwortet worden ist, die Dinge eigentlich in der Politik als Fragestellung angekommen sind, aber nicht weiter diskutiert werden. Das hat weitere Folgen und das lässt sich in den Parlamentsdokumenten nachlesen. Da sehe ich zu wenig Lernbereitschaft oder überhaupt Informationswahrnehmungsbereitschaft und auch deshalb finde ich die heutige Veranstaltung wichtig und hoffe, dass von hier aus auch Impulse und Signale an die Politik ausgehen.

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Vielen Dank! Claudia Wiesemann, ein Schlusstatement und zu den Fragen.

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann [Universität Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin]: Mir scheinen zwei Begriffe, die in den letzten Fragen gefallen sind, sehr wichtig zu sein. Einmal ist es der Begriff der Verdunklung, der hier fiel und der besagt, dass einfach noch zu viel operiert wird auf Teufel komm raus in Kleinstzentren ohne größere Kompetenzen, die vielleicht dreimal im Jahr mit einem solchen Fall zu tun haben, und dass in einer solchen Situation der *informed consent* aller Wahrscheinlichkeit nach Makulatur ist und letztendlich die Ethik nur noch als Freifahrtschein dafür dient, an die Eltern eine ohnehin feststehende Entscheidung zu delegieren. Das halte ich selber auch für höchst gefährlich und auch höchst problematisch. Es scheint sich ein gewisser paradoxer Effekt inzwischen einzustellen, das heißt, die Zentren, die im Moment sehr viel Aufklärungsarbeit betreiben und für einen wesentlich offeneren und besseren Umgang mit Intersexualität plädieren, sorgen für ein gewisses Informationsniveau, sodass sich jetzt dann doch wieder jeder „Feld, Wald und Wiesen“-Chirurg zutraut, mit den Kenntnissen, die er in der Monatsschrift „Kinderheilkunde“ erworben hat, doch ganz schnell ein paar Operationen durchzuführen. Und das ist tatsächlich ein großes Problem auch der medizinischen Landschaft in Deutschland. Meines Erachtens ist die wesentliche Voraussetzung dafür, dass wir mit unseren ethischen Empfehlungen überhaupt durchdringen, dass solche Konditionen nur in spezifischen Zentren behandelt werden, wo ausreichend professionelles Personal vorkommt, und zwar nicht nur Mediziner, sondern zum Beispiel auch wirklich geschulte Psychologen. Und damit verbunden ist für mich die Frage: Wie stärken wir die Kompetenz des Kindes in dieser spezifischen Situation? Mir scheint es sehr wichtig zu sein, das Kind und den Jugendlichen so früh wie möglich einzubeziehen. Wir entlasten uns damit eines Teils des Prognoseproblems, dass dieser spezifischen Situation immer anhaftet, dass man 20 Jahre im Voraus eine

Prognose treffen soll. Und diese Frage, also wie stark ich die Kompetenz des Kindes, wie stark ich die Rolle des Kindes, ist bislang noch nicht gut beantwortet, auch von uns nicht gut beantwortet worden. Soll das beispielsweise über einen Kinderanwalt geschehen? Ist der Psychologe im Team die geeignete Person, die sich für die Kindesinteressen einsetzt? Das sind Fragen, die für meine Begriffe in der Zukunft ganz intensiv diskutiert werden müssen, und ich wäre auch sehr neugierig darauf zu wissen, was der Ethikrat sich dazu einfallen lässt.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: So, das letzte Wort gebe ich Ihnen beiden.

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Wir teilen uns das.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Sie teilen sich das, das wissen wir alle! Wer fängt von Ihnen an?

(Heiterkeit)

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Ach so, ich muss ja mal. Ich möchte gerade anfangen, sehr kurz und sehr knapp mache ich es, wie das so meine Art ist.

(Heiterkeit)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Davon haben wir nicht so viel gemerkt!

Claudia Kreuzer [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Frau Wiesemann, bei Ihrem Blick in die Zukunft vergessen Sie eins: Wir haben jede Menge Betroffene, wir haben jede Menge Kinder. Diese Kinder haben keine Zeit. Und die Eltern – tut mir leid – haben auch keine Zeit, weil die Eltern mittlerweile ihre Kinder kaputt gehen sehen. Das ist eine Tatsache. Und wir brauchen ziemlich schnelle Entscheidungen, keine zukünftigen und keine Diskussionen, wir brauchen Entscheidungen. Danke.

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Lucie Veith, bitte, ein Schlusswort!

Lucie Veith [Verein Intersexuelle Menschen e. V.]: Danke. Ich möchte das eigentlich auch noch mal klarstellen, auch wenn wir immer jetzt über Medizin gesprochen haben, dass es kein Angriff ist auf die Gesamtmedizin. Wir brauchen Ärzte, ständig, irgendwie. Es ist ein Angriff auf die, die sich anmaßen, über das Leben von Menschen zu entscheiden, und zwar ohne Not. Und ich wünsche mir, dass eine Kastration, eine genitale, eine kosmetische Operation an einem Kind zu einer Antragsbehandlung wird und dass die nicht von dem Arzt entschieden werden muss, sondern dass sie tatsächlich von einer staatlichen Stelle entschieden wird, die das dann auch prüft, auch wenn die Krankenkassen nicht einfach die Überweisungen für die Behandlung leisten, sondern diese Behandlung beantragt werden muss. Dann bekommen wir einmal echte Zahlen. Wie viele sind es denn tatsächlich? Und dann bekommen wir auch eine Dokumentation der Diagnosen, und dessen, was dort überhaupt passiert, und wir können steuern. Ich verstehe nicht, dass dieser Staat diesen Minimalschutz für diese intersexuellen Menschen, intersexuellen Kinder nicht gewährleisten kann. Das kann ich irgendwie nicht verstehen, und ich hoffe, dass, wenn etwas

herauskommt, wir den direkten Schutz bekommen, und zwar sehr, sehr schnell. Danke.

(Beifall)

Dr. phil. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]: Ja, vielen herzlichen Dank, wir kommen dem Ende immer näher. Ich soll auch von unserer Geschäftsstelle noch mal darauf hinweisen, dass wir uns sehr freuen würden als Ethikrat, wenn Sie, völlig unabhängig, auf welcher Seite Sie in dieser Diskussion stehen und wie Ihre Position ist, unseren kleinen Fragebogen ausfüllen. Denn da sollen Sie sich einfach melden, wie Sie den Ablauf der Veranstaltung fanden usw. Das ist für uns sehr wichtig. Als Zweites möchte ich sagen, dass ich in dieser Diskussion sicherlich anmerken kann, dass nicht alle Themen behandelt worden sind. Auch zum Beispiel, dass der Bundesverband ja noch ganz andere Themen eigentlich hat, die Sie in der Mappe nachlesen können, nämlich was die Entschädigung der bereits früh operierten und heute darunter leidenden Personen angeht. Darüber haben wir gar nicht gesprochen, aber wir haben vielleicht ein Stück weit den Schleier gehoben über diese ganze Diskussion der Operationen, und ich glaube –darauf möchte ich am Schluss hinweisen –, dass die Position des Verbots außer in existenzbedrohender Gesundheitssituation eine Position ist, die hier von Ihnen vertreten wird, die aber auch – deshalb haben wir es auch in die Mappe getan – in den Schweizer Empfehlungen enthalten sind. Es ist also nicht so, dass das eine reine Selbsthilfegruppenposition ist, sondern durchaus auch im Bereich der Wissenschaft schon Fuß gefasst hat. Es unterscheidet sich an dieser Stelle von den Argumenten, die Claudia Wiesemann vorgetragen hat, von der Position, die hier vertreten wird, aber ich glaube, da müssen wir einfach weiter auch im Gespräch bleiben. Und ob wir das tun – ich bin dazu gefragt worden –, wird unser Vorsitzender etwas sagen, aber der Ethikrat hat

hierüber noch keine Entscheidung getroffen, wie er mit dem Thema weiter verfahren wird. Wir haben hiermit einen Diskussionsbeitrag in der Öffentlichkeit leisten und den Diskurs also weiter voranbringen wollen. Vielen Dank! Ich darf das Wort an Herrn Professor Schmidt-Jortzig geben.

(Beifall)

Prof. em. Dr. iur. Edzard Schmidt-Jortzig
[Vorsitzender des Deutschen Ethikrates]: Zum Schluss kein weiterer Versuch der Zusammenfassung, sondern nur drei Abkündigungen. Erstens, ich persönlich finde es ausgesprochen erfreulich, dass wir die obwaltende Fußballhysterie hier wegen eines Themas besiegt haben, was es wirklich lohnt, ernsthafter diskutiert zu werden. Zweitens, was der Deutsche Ethikrat mit dem, was an Diskussionen in der Kürze der Zeit und der großen spürbaren Betroffenheit vieler anstellt – Herr Kollege Wunder hat es schon gesagt –, werden wir jetzt erörtern und beraten; ob wir dazu stärker einsteigen, ob wir dazu auch wirkliche Empfehlungen geben oder ob es nur, aber immerhin, ein Anstoß gewesen sein soll, den wir vielleicht in die eine oder andere Richtung mit einer Diskussion auch wieder aufgreifen, das werden wir also noch zu bewerten haben. Und als Letztes natürlich – das ist immer der schönste Teil an einem sogenannten Schlusswort –, bleibt mir, einen umfassenden Dank auszusprechen an die Teilnehmer, die sich hier artikuliert haben und der Diskussion wacker standgehalten, geantwortet, hoffentlich auch viele Informationen gegeben und manche Lernprozesse bei sich selbst und bei Ihnen und bei uns in Gang gesetzt haben. Herzlicher Dank an Sie alle, auch natürlich an Frau Richter-Appelt, und nicht zuletzt an Sie, Herr Wunder, der Sie das Ganze in Gang gebracht haben. Herzlichen Dank für Ihr Teilnehmen und einen guten Heimweg!

(Beifall)