

Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland

**Öffentliche Anhörung vom 8. Juni 2011**

*Dr. phil. Dipl.-Psych. Katinka Schweizer, MSc*

Ich freue mich sehr, dass der Deutsche Ethikrat vertiefend der kontroversen Thematik um den Umgang mit Intersexualität nachgeht und den Dialog zwischen Angehörigen verschiedener Berufsgruppen, Disziplinen, gesellschaftlichen Gruppen und Experten in eigener Sache ermöglicht. Dies ist nicht selbstverständlich und insofern schon jetzt bedeutungsvoll, da das Sprechen über intersexuelle Phänomene lange nicht stattgefunden hat, oft begrenzt war auf den medizinischen Diskurs oder aufgrund von Sprach- und Verständigungsbarrieren immer wieder unterbrochen oder vorzeitig beendet wurde.

Ich beziehe mich im Folgenden auf die Hamburger Studie zur Intersexualität (Leitung: Hertha Richter-Appelt). Die Ergebnisse zu Behandlungserfahrungen und Aspekten der Lebensqualität, die uns vorliegen, sind ernüchternd und zum Teil erschütternd. Die große Mehrheit der teilnehmenden Erwachsenen mit verschiedenen Formen der Intersexualität zeigt auffällige Beeinträchtigungen sowohl der seelischen, körperlichen als auch der sexuellen Lebensqualität.

Ich möchte einen bedeutsamen Aspekt der psychischen Lebensqualität herausgreifen, die Entwicklung einer stabilen, sicheren und eigenen Geschlechtsidentität. Dazu haben wir festgestellt:

- Die Kategorien männlich und weiblich reichen zur Beschreibung des Geschlechterlebens von intersexuellen Personen nicht aus.
- Das Geschlechtsidentitätserleben von intersexuellen Menschen, das heißt das Gefühl der Zugehörigkeit zu einem Geschlecht, kann vielfältige individuelle Ausdrucksmöglichkeiten haben, zum Beispiel sich sowohl männlich als auch weiblich oder zwischengeschlechtlich zu fühlen.

Problematisch bei den meisten Untersuchungen zur Geschlechtsidentität bei Intersexualität ist allerdings, dass ihnen ein dichotomes Geschlechtsmodell zugrunde liegt, das nur zwei Geschlechtsausprägungen kennt, männlich und weiblich, die meist als sich gegenseitig

ausschließendes Gegensatzpaar verstanden werden. Personen, die sich hier nicht eingruppiert lassen, werden pathologisiert und als „geschlechtsdysphorisch“ beschrieben.

Für Personen mit Intersexualität und „untypischer“ Geschlechtsidentität stellt dies eine Diskriminierung, für das Verständnis des subjektiven und individuellen Geschlechtererlebens und die Weiterentwicklung dieses Forschungsbereiches eine nachteilhafte Begrenzung dar. Wir wissen auch, dass frühe Körpererfahrungen einen wichtigen Einfluss auf das Selbsterleben und die psychische Entwicklung haben. Und so könnten die körperliche Zwischengeschlechtlichkeit und das damit verbundene vorbewusste Körperwissen dafür sprechen, dass Personen mit Intersexualität entsprechend auch eine psychische Zwischengeschlechtlichkeit entwickeln.

„Intersexualität anerkennen statt auszulöschen“, schreibt eine unserer Studienteilnehmerinnen als Wunsch an unsere Gesellschaft. Die Frage ist, auf welchem Weg dieses Ziel am ehesten zu erreichen ist: Durch Erweiterung der Geschlechtswahlmöglichkeiten oder durch die Rücknahme der hohen Bedeutung von Geschlecht und Geschlechtszugehörigkeit im öffentlichen und rechtlichen Raum.

Ich möchte einige Punkte nennen, die ich für wichtige Voraussetzungen halte, um eine Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen.

- 1) Sprachliche Differenzierung, Präzisierung und Verständlichkeit (im medizinischen Umfeld von Information, Aufklärung und Diagnostischem Prozess):
  - a) des psychosozialen Geschlechtsbegriffs: Hier ist die Unterscheidung zwischen sozialer Geschlechtsrolle und psychischer Geschlechtsidentität (subjektives Gefühl der Zugehörigkeit) wichtig.
  - b) der Behandlungsindikationen, die gestellt werden. Aus welchen Gründen werden welche Maßnahmen wann angeraten? Welche Not soll durch medizinisch notwendige Maßnahmen gewendet werden (zum Beispiel lebenserhaltend/vital; körperliche Organfunktionen erhaltend; anatomische/ äußere, normative Geschlechtsanpassung)?
  - c) Unterscheidung zwischen sozialer Geschlechtszuweisung (Geschlechtsrolle, Erziehungsgeschlecht) und medizinischer (operativer) Geschlechtszuweisung durch medizinische Eingriffe (vgl. Empfehlungen von Groneberg/Zehnder 2008).
- 2) Ehrlicher Umgang mit unklarer Geschlechtsidentitätsprognose: Die Tatsache, dass die Geschlechtsidentitätsentwicklung bei den meisten Intersex-Formen nicht sicher vorherzusagen ist, muss im klinischen und wissenschaftlichen Handeln berücksichtigt werden, insbesondere dann, wenn über die Einleitung von irreversiblen Behandlungsschritten entschieden wird.
- 3) Der Umgang mit Intersexualität ist oft begleitet von Unsicherheit, Komplexität und ethischen Dilemmata, zum Beispiel dem Dilemma zwischen dem Recht auf einen

unversehrten Körper und eine offene Zukunft einerseits und dem Recht auf medizinische Hilfe andererseits. Solche Konflikte dürfen von den Entscheidungsträgern, Eltern und erwachsenen Betroffenen, sowie den Beratern und Behandlern, nicht verleugnet werden. Sie müssen möglichst konkret durchgedacht und durchgeföhlt werden. Eine praktische und sinnvolle Möglichkeit zur Stärkung der Entscheidungsträger (die Patienten oder ihre Eltern/gesetzlichen Vertreter) in solchen Prozessen ist die Einrichtung eines obligatorischen Ethik- und Beratungsgremiums, das in unklaren Situationen einzuberufen ist, wenn unterschiedliche medizinische oder (psycho-) soziale Behandlungs- bzw. Nicht-Behandlungsoptionen aufeinanderprallen. Ziel eines solchen Runden Tisches ist die Erarbeitung einer informierten und aufgeklärten Entscheidungsbasis, um vorschnelle Entscheidungen zu verhindern und Selbstbestimmung im Sinne einer ganzheitlichen Lebensqualität zu ermöglichen. Dem Gremium sollten neben den medizinischen Diagnostikern und Behandlern auch psychologische Berater oder andere Prozessbegleiter, gegebenenfalls auch Juristen angehören, sowie die/der PatientIn beziehungsweise seine Vertreter (Eltern). Entscheidend ist die Leitung durch eine unabhängige GesprächsmoderatorIn. Anschließend kann eine weiterführende Prozessbegleitung, die nicht ärztlich sein muss, zum Beispiel nach der erfolgten Aufklärung und Diagnosestellung hilfreich sein.

- 4) Es braucht aufgeklärte und starke Eltern, die ihre intersexuellen Kinder lieben und ihre Besonderheiten akzeptieren. Dies kann durch eine gute Aufklärung, klinische und außerklinische Informations- und Beratungsangebote unterstützt werden. Dafür müssen Strukturen geschaffen werden im Sinne der oben genannten Prozessbegleitung. Momentan mangelt es an ausreichenden fachkundigen Unterstützungsangeboten von und für Eltern von intersexuellen Kindern, für Kinder, Jugendliche, aber auch für erwachsene Betroffene.
- 5) Aufgrund der vielfältigen Herausforderungen, die Intersexuelle zu meistern haben, sollten beim Aufbau und Ausbau von Versorgungsstrukturen die einfachen, aber grundlegenden psychologischen Hilfsmittel nicht vergessen werden: Die Bewältigung körpergeschlechtlicher Besonderheiten braucht vor allem Zeit, Zuhören und Verstehen (time & talk) – Zeit, um vermeintlichen Handlungsdruck überdenken und Entscheidungen rational und emotional prüfen zu können, und Zuhören im vertrauensvollen Gespräch, das Denk- und Reflexionsräume öffnet.

Zusammenfassend: Der Schutz von Minderheiten ist ein hohes Gut in unserer Demokratie. Viele Minderheiten erfahren Schutz und Unterstützung. Für zwischengeschlechtliche Menschen gibt es großen Nachholbedarf. Die Versorgungssituation ist mangelhaft und dringend strukturell und finanziell zu verbessern: Langfristige Versorgung und Begleitung kann nicht allein durch kurzfristig angelegte drittmittelgeförderte Forschungsprogramme geleistet werden, sondern

braucht kontinuierliche verlässliche medizinische und nicht-medizinische Aufklärung, Beratung und Begleitung innerhalb und außerhalb der geforderten centres of expertise.