GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Intersexualität : Medizinische Maßnahmen auf dem Prüfstand

Woweries, Jörg

2014

https://doi.org/10.25595/416

Veröffentlichungsversion / published version
Sammelbandbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Woweries, Jörg: *Intersexualität : Medizinische Maßnahmen auf dem Prüfstand*, in: Schneider, Erik; Baltes-Löhr, Christel (Hrsg.): Normierte Kinder : Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz (Bielefeld: transcript, 2014), 249-264. DOI: https://doi.org/10.25595/416.

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY NC ND 4.0 Lizenz (Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de

Terms of use:

This document is made available under a CC BY NC ND 4.0 License (Attribution - NonCommercial - NoDerivates). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Intersexualität – Medizinische Maßnahmen auf dem Prüfstand

Jörg Woweries

Zusammenfassung

Intersexuelle Menschen werden, weil sie ein Genital haben, das nicht der Norm entspricht, als *Störung der Geschlechtsordnung* betrachtet. In der Vergangenheit, und bis heute fortdauernd, wurden sie als Behandlungsbedürftige bezeichnet und in Konsequenz vor allem genitalen Anpassungsoperationen unterzogen, um eine vorgetäuschte äußerliche Normierung des Geschlechts zu erreichen. Entscheidend war und ist, dass es sich um Säuglinge und Kinder handelt, die den Eingriffen, altersentsprechend, nicht zustimmen konnten und können. Die chirurgischen Eingriffe sind jedoch mit hohem Risiko und Schäden verbunden. Auf die besondere Problematik der Mädchen mit 46,XX-DSD wird in dem vorliegenden Beitrag eingegangen, weil sich gezeigt hat, dass bei einer größeren Minderheit durch chirurgische Operationen im Kindesalter die spätere selbstbehauptete Geschlechtsidentität nicht beachtet werden kann.

Einleitung

Intersexuelle Menschen werden von der Medizin seit der Chicago Consensus Conference (Hughes 2006) und in den medizinischen Leitlinien[1] unter Disorder of Sex Development (DSD) katalogisiert, übersetzt mit Störung der sexuellen Entwicklung (vgl. Woweries[2]). Damit wird die Medizin zentral gesetzt. Hiermit verbunden ist die Annahme einer heterosexuellen Zweigeschlechtlichkeit als fundamentale Regel und die lebenslang geltende Zuweisung zu einem

1 | Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ) (2010): Leitlinien: Störungen der Geschlechtsentwicklung. In: AWMF online - Leitlinien-Register Nr. 027/022. URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/027-022.html [01.08.2013]. Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ) (2010): Leitlinien: Adrenogenitales Syndrom. In: AWMF online - Leitlinien-Register Nr. 027/047. URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/027-047.html [01.08.2013].

2 | Siehe Beitrag von Jörg Woweries in dieser Publikation: Wer ist krank? Wer entscheidet es?

der beiden Geschlechter, deren körperliche Basis bei intersexuellen Menschen erst hergestellt werden müsse (Götze 2011). Dass es aus einer ganz anderen Sicht betrachtet, bedeuten könnte, Intersex nicht als medizinisches behandlungsbedürftiges Problem, sondern als individuelles wertzuschätzendes Merkmal anzusehen, bleibt damit ausgeblendet (Voß 2012). Einer solchen soziokulturellen Fragestellung sucht der Schweizer Ethikrat (2012) Rechnung zu tragen, wenn er von Varianten der Geschlechtsentwicklung bzw. Geschlechtsvarianten oder von *differences of sex development*[3] spricht, um so einen pathologischen Aspekt zu vermeiden. In diesem Sinne schreibt er von »Säuglingen und Kindern, die an sich gesund sind«, bei denen jedoch »unter Berufung auf das Kindeswohl [...] daher bis in die jüngste Vergangenheit geschlechtsbestimmende Operationen [...] durchgeführt [wurden]«.[4]

Was wird gemacht?

Das Ziel aller medizinischen chirurgischen Maßnahmen ist es, das äußere Genital, das nicht der Norm entspricht, entweder dem männlichen oder dem weiblichen Genital äußerlich anzugleichen. Es werden in der Regel mehrfache chirurgische Anpassungsoperationen des Genitales vorgenommen, um eine vorgetäuschte äußerliche Normierung des Geschlechts zu erreichen. Diese Operationen sind irreversibel, sie können nicht wieder rückgängig gemacht werden. In erster Linie werden folgende Operationen durchgeführt:

1. Bei zahlreichen intersexuellen Menschen mit weiblichem Erscheinungsbild, dem sog. Phänotyp, die jedoch einen männlichen 46,XY-Chromosomensatz aufweisen, werden die Hoden entfernt. Es handelt sich um eine Kastration, für die in Deutschland ein eigenes Strafrecht gilt.[5] Dies wird jedoch durch die Behauptung eines Heileingriffs ausgehebelt, indem auf eine fragliche, spätere Möglichkeit einer bösartigen Entartung hingewiesen wird. Zwar muss man in seltenen Fällen, d.h. in Einzelfällen, viele Jahre später, mit der Entartung zu Krebs rechnen[6, 7, 8],

---

3 | Stellungnahme der Schweizer Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2012): Zum Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung. Ethische Fragen zur ›Intersexualität‹. S. 7. URL: http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de [01.08.2013].

4 | Ebd., S. 5.

5 | Bei Kindern § 1631c BGB: »Die Eltern können nicht in eine Sterilisation des Kindes einwilligen. Auch das Kind selbst kann nicht in die Sterilisation einwilligen.«

6 | »Angaben zum Risiko maligner Entartungen fehlen hier vollständig. [...] Die Literaturangaben zum definitiven Risiko einer Entwicklung gonadaler Tumore sind dürftig. [...] Bei Gonadendysgenesie und weiblicher Zuordnung sollte daher eine frühzeitige Gonadektomie erfolgen (ca. mit 1 Jahr oder gemeinsam mit anderer Operation)« AWMF online - Leitlinien-Register Nr. 027/022, S. 5.

7 | Für das komplette Amnion Insensivity Syndrom (PAIS) beträgt das Risiko einer malignen Entartung 0,8 %, für ovotesticulare DSD 2,6 %, für das partielle AIS ca. 15 %. Bei gonadaler Dysgenesie kann das Risiko über 30 % betragen. (Pleskacova, J. u.a. 2010). Das lebenslange Risiko für Brustkrebs liegt bei 12,2 % (nach US National Cancer Institute). Kein Arzt käme auf die Idee, bei allen Mädchen die Brust wegen dieses Risikos zu entfernen.

8 | Das Risiko für die Bildung eines Gonadoblastoms wird bei XY-Frauen mit dysgenetischen Gonaden in der Literatur mit über ca. 30 % angegeben. Cools, Martine u.a.: Germ Cell Tumors in the Intersex Gonads. In: Endocrin Rev 27, 5, S. 468-484. Pleskacova, J. u.a. (2010), S. 7.

jedoch könnte durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen dieses Risiko vertretbar gering gehalten werden. Allerdings werden die Hoden ohne erkennbare Kalkulation eines Entartungsrisikos tatsächlich fast immer entnommen, weil sie nicht zu dem durch die Operation angestrebten äußeren weiblich aussehenden Genitalbild passen.

2. Verkürzung einer verlängerten Klitoris (Klitorektomie, Klitorisreduktion).
3. Erweiterung und Verlängerung einer als *rudimentär* betrachteten Scheide, wobei dann von Neo-Vagina gesprochen wird.
4. Operative Veränderungen innerer Geschlechtsorgane.
5. Ein weiterer Komplex intersexueller Phänomene, die Hypospadien[9], wird in diesem Artikel aus Platzgründen nicht besprochen.
6. Nicht in dieses System der hier besprochenen genitalen Operationen gehören einseitig dystope Hoden, weil sie intersexuelle Menschen nicht betreffen.[10]

Wer ist krank? Wer wird krank gemacht?

Eine lebensnotwendige Hormonsubstitution beim Salzverlust ist bei einer bestimmten Form von Intersexualität, dem Adreno-Genitalen Syndrom (AGS) erforderlich.[11] Medizinische, d.h. lebensnotwendige, Eingriffe sind nur bei Behinderung des Urinabflusses als gegeben zu betrachten. In diesen Fällen müssen die Eltern zur Erhaltung des Lebens stellvertretend die Einwilligung geben. Bei allen anderen Operationen handelt es um kosmetische oder ästhetische Eingriffe, da ihnen die medizinische Indikation im Sinne der Abwendung eines lebensbedrohlichen Zustandes fehlt. Es geht lediglich um das äußere Bild.

Zu den Schäden und Risiken der chirurgischen Eingriffe an den Genitalien lässt sich festhalten, dass die chirurgischen Eingriffe an den Genitalien mit hohen Schadensraten und einem insgesamt hohen Risiko verbunden sind. Das Risiko, sensible Nerven zu verletzen, ist als deutlich erhöht einzuschätzen und wie bei allen operativen Eingriffen in der Praxis nicht zu vermeiden (Bosinski 2005; Diamond/Sigmundson 1997; Meyer-Bahlburg 2008). »Auch heute noch laufen Patientinnen und Patienten mit DSD Gefahr, traumatisierende Erfahrungen durch medizinische und psychologische Behandlungen zu machen« (Birnbaum u.a. 2013). Kessler (1998: 105) fragt: »Warum liegt die Lösung für uneindeutige Genitalien nur im Chirurgenmesser?« Aussagen zu postoperativen Ergebnissen wurden erst in den letzten Jahren vorgelegt. Durch das

9 | Bei der Hypospadie mündet die Harnröhre nicht an der Spitze des Penis, sondern an der Unterseite des Penis, am Hodensack oder im Bereich des Dammes.

10 | Rudimentäre, funktionslose Hoden, die nicht im Skrotum liegen, ohne dass Zeichen einer intersexuellen Entwicklung vorliegen.

11 | AWMF online - Leitlinien-Register Nr. 027/047.

Schweige-Tabu, das zum Behandlungssystem der Mediziner_innen gehörte, behinderten die Endokrinolog_innen und Chirurg_innen sich selbst durch den Verzicht auf rückschauende Kontrollen ihrer Eingriffe (vgl. Woweries[12]). Eine erste aussagekräftige Evaluation nach mehr als 40 Jahren Operations-Praxis betraf Aussagen von 439 intersexuellen Menschen in einer retrospektiven nichtrepräsentativen Studie.[13] Operationen wurden fast ausschließlich an nicht einwilligungsfähigen Menschen vorgenommen.[14] Von den Kindern im Alter von sieben bzw. zwölf Jahren waren 86 % bzw. 87 % operiert[15], bei den heutigen Erwachsenen waren es in drei von vier Diagnosegruppen sogar 93,6 % bis 100 %. Dabei ist nicht berücksichtigt, dass viele mehrfach operiert wurden (Götz 2011; Kleinemeier/Jürgensen 2008). In vielen Fällen mussten weitere Operationen in späteren Jahren, in der Pubertät oder danach, vorgenommen werden.[16] In der Netzwerk-Studie[17] klagten von den operierten Teilnehmenden 25 % über Komplikationen: am häufigsten über Fistelbildung in 40,5 %, über Verengungen der ableitenden Harnwege in 27 %, über Harnwegsinfekte in 32 % und über Probleme beim Wasserlassen in 21,4 %. In einer katamnestischen Studie haben 78 intersexuelle Erwachsene die medizinische Behandlung als negativ erlebt (Brinckmann/Schweizer/Richter-Appelt 2007; Schweizer 2012). 62 % zeigten einen klinisch relevanten psychischen Leidensdruck und 47 % hatten Suizidgedanken. Diese Reaktionen sind häufig als Folge der zahlreichen operativen Eingriffe zu betrachten, zusammen mit Zurschaustellung bei den Ärzt_innen im Rahmen der studentischen und fachärztlichen Aus- und Weiterbildungen und damit verbundenen Erfahrungen von Hilflosigkeit und Sich-ausgeliefert-Fühlen. Die dabei ständig wiederkehrenden Inspektionen der Genitalien beschreibt Kessler als sexuellen Missbrauch: »that excess genital exams is a form of abuse« (Kessler 1998: 59). Gehört zur sozialen Teilhabe aller Menschen Anerkennung, dann reichen die »negativen Erfahrungen der Tabuisierung des Themas« (Deutscher Ethikrat 2012) und die bloße statistische Seltenheit in der öffentlichen Wahrnehmung zur Stigmatisierung aus. Deshalb kaschieren intersexuelle Menschen häufig ihr Anderssein (Zehnder/Streuli 2012). 13,5 % berichteten über zurückliegende Selbstverletzungen – auch aus den soeben weiter oben aufgeführten Gründen. Ebenfalls ist die Eltern-Kind-Beziehung hohen Bindungs-Belastungen ausgesetzt (Richter-Appelt/Schimmelmann/

12 | Siehe Beitrag von Jörg Woweries in dieser Publikation: Wer ist krank? Wer entscheidet es?
13 | Kleinemeier, E., Jürgensen, M. (2008): Netzwerk Intersexualität: Erste Ergebnisse der Klinischen Evaluationsstudie im Netzwerk Störungen der Geschlechtsentwicklung/Intersexualität in Deutschland, Österreich und Schweiz. Januar 2005 bis Dezember 2007. URL: http://www.netzwerk-dsd.uk-sh.de/fileadmin/documents/netzwerk/evalstudie/Bericht_Klinische_Evaluationsstudie.pdf [03.09.2013].
14 | Ebd. S. 16.
15 | Ebd. S. 16.
16 | Ebd. S. 16.
17 | Ebd. S. 17.

Tiefensee 2004). Im Netzwerk *Intersexualität* wird zudem über psychische Belastungen berichtet, und zwar bei 45 % der heute erwachsenen Intersexuellen (Kleinemeier/Jürgensen 2008). Das Ziel einer *normalen* psychosozialen Entwicklung nach genitalen Anpassungsoperationen wurde nicht erreicht, so die Ergebnisse einer Meta-Studie.[18]

In einer retrospektiven, nicht-repräsentativen Nachuntersuchung von 57 Menschen mit dem männlichen Chromosomensatz XY, aber einem auf den ersten Blick weiblichem Erscheinungsbild (Komplette oder Partielle Androgenresistenz/Androgen Insensitivity Syndrome – CAIS oder PAIS) (Köhler u.a. 2012) wurde Folgendes festgestellt: die Betroffenen wurden in der Kindheit operiert, damit ihr Genital äußerlich besser an das ärztlicherseits zugewiesene weibliche Geschlecht angepasst wurde.[19] Im Rahmen der Nachuntersuchung zeigten sich 47,1 % Mißempfindungen bei der Scheidenfunktion, d.h. dass die Scheide zu klein für Tampons ist, 47,4 % erhebliche Sensibilitätsverluste der Klitoris. Über Dauerschmerzen beim Sexualverkehr klagten 56,3 % bis 70 % je nach Untergruppe (CAIS oder PAIS). Die Autor_innen der Studie kamen in Anbetracht dieser sehr häufig aufgetretenen Schäden nicht umhin, zu empfehlen, dass diese Operationen nicht mehr im Kindesalter vorgenommen werden. Sie fordern die Einwilligung der erwachsenen Patient_innen selbst, nicht die ihrer Eltern. Auch der Deutsche Ethikrat empfiehlt, dass die Entscheidung grundsätzlich von den einwilligungsfähigen Betroffenen selbst vorgenommen wird (Deutscher Ethikrat 2012: 174).

Zusätzliche Diskussionen über Mädchen mit 46,XX-DSD und Adreno-Genitalen Syndrom (AGS)

Als geschlechtsvereindeutigende Operationen bezeichnet der Deutsche Ethikrat (2012: 108) die Eingriffe an den Genitalien bei Mädchen mit 46,XX-DSD und AGS-Syndrom. Es sollte jedoch nachvollzogen werden, welche Gründe den Deutschen Ethikrat zu der Unterscheidung zwischen geschlechtszuweisenden und geschlechtsvereindeutigenden Operationen geführt haben könnten. Aus der in der Stellungnahme des Ethikrates veröffentlichten Literatur ist Folgendes zu entnehmen: Bei Befragungen durch das Netzwerk *Intersexualität* und durch die Hamburger Studie von Richter-Appelt konnte festgestellt werden, dass eine große Zahl von Frauen mit AGS auch im Nachhinein zufrieden mit Operationen

18 | Betr. 21 internationale Studien aus den Jahren 1974-2007. Schönbucher u.a.: Sexuelle Lebensqualität von Personen mit Intersexualität und 46,XY-Kariotyp, ZfS 2008, S. 26 ff.

19 | Nach Angaben des *Consensus statements* wurden DSD-Betroffene mit 46,XY CAIS und die meisten der Menschen mit PAIS als Frauen ausgewiesen. Hughes, I A. u.a. (2006): Consensus statement on management of intersex disorders. In: Arch Dis Child 91, S. 556.

in der Kindheit sind. Viele sehen sich nicht als intersexuelle Menschen. Diese Menschen leben als Erwachsene in einer weiblichen Rolle. Diese Tatsache muss anerkannt werden. Deshalb befürwortet die Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und Diabetologie operative Eingriffe bei AGS auch im frühen Kindesalter (Birnbaum u.a. 2013: 161, 150). Es erstaunt jedoch, wenn in dieser Situation der Schluss gezogen wird, dieses chirurgische Vorgehen auf alle Kinder (empfohlen sind Operationen im Alter von zwei bis zwölf Monaten) mit AGS auszudehnen.[20] Dies trägt nicht jenen intersexuellen Menschen Rechnung, die später, als Jugendliche oder Erwachsene, nicht in der weiblichen Rolle leben wollen. Diese Stimmen bleiben somit unberücksichtigt. Ein großer Anteil lebt jedoch entweder in männlicher Rolle oder fühlt sich keinem Geschlecht zugehörig. Der Deutsche Ethikrat (2012: 86) nennt 31 % der AGS-Betroffenen, die für ein Offenlassen der Geschlechtszuweisung plädieren. Für Nieder und Richter-Appelt »ist aus der Forschung bekannt, dass die Mehrheit der Personen mit AGS, [...] trotz 46,XX-Karyotyp in der männlichen Geschlechtsrolle lebt«.[21] Die eingangs erwähnten Leitlinien berichten von 17 %, hiervon 5 % der 46,XX-Frauen und bis zu 12 % der 46,XX-Männer mit klassischem 21-Hydroxylasemangel, die über Probleme mit der zugewiesenen Geschlechtsrolle klagen.[22] Von heute erwachsenen Frauen hatten 10 % einen ungewöhnlichen hohen Wert auf der *Transgenderskala*, weitere 3 % sind sich hinsichtlich ihrer Geschlechtszugehörigkeit sehr unsicher (Kleinemeier/Jürgensen 2008). Bei diesen Studien gibt es methodische Bewertungsunterschiede, je nachdem ob die sog. AGS-Mädchen gefragt wurden, ob sie eher ein Mädchen sein wollten bzw. lieber ein Junge oder ob sie in Konfusion über ihre eigene Geschlechtsidentität sind. Die Zahlen stammen aus unterschiedlichen Quellen und differieren demnach, aber sie betreffen eine größere Minderheit, für die es sich bei solchen Operationen um geschlechtszuordnende chirurgische Eingriffe handelt. Diese Menschen kennen nur die erlebte bzw. aufgezwungene, scharfe dichotome Trennung der Geschlechter und sie befinden sich meist im Zustand nach genitalen Operationen. Durch derartige chirurgische Maßnahmen wird ein späterer Wechsel in das andere Geschlecht sehr erschwert (Meyer-Bahlburg 2008). Das verhindert in unbekanntem Ausmaß eine freiwillige andere Zuordnung. Es könnte sein, dass sich

20 | »[...] ist es unbestritten, das bei pränatal virilisierten Mädchen eine korrigierende, feminisierende Operation des äußeren Genitale durchgeführt werden muss« [JW]. Riepe, F. G., Sippel, W. (2008): Das Adrenogenitale Syndrom. In: Kinder- und Jugendarzt 39: 112.

21 | Nieder, T. O., Richter-Appelt, H. (2009): Neurobiologische Korrelate bei Geschlechtsidentitätsstörungen. In: Psychiatrie im Dialog 10: 60. Zitieren auch: Richter-Appelt, H., Discher, C., Gedrose, B. (2005): Gender identity and recalled gender related childhood play-behaviour in adult individuals with different forms of intersexuality. In: Anthropologischer Anzeiger 63: 241-256; Jorge, J. C. u.a. (2008): Male gender identity in an XX individual with congenital adrenal hyperplasia. In: The journal of sexual medicine, 5: 122-131; Meyer-Bahlburg, H. F. L. u.a. (2006): Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. In: Archives of sexual behavior 35: 667-684.

22 | AWMF online - Leitlinien-Register Nr. 027/047.

weitere, als weiblich zugewiesene Menschen dazu bekennen, in der männlichen oder in einer *anderen* Geschlechtsrolle leben zu wollen. Dieser Aspekt spricht gegen die Aussage des Deutschen Ethikrates, bei den an Kindern mit 46,XX-DSD und AGS vorgenommenen Maßnahmen handele es sich nur um geschlechtsvereindeutigende Operationen.

Zum Begriff ›Geschlechtsidentität‹ gehört neben den körperlichen Merkmalen auch immer die eigene Bestimmung des eigenen Geschlechts dazu, welche die Selbstwahrnehmung als Mann oder Frau oder etwas anderes einschließt, z.B. ob sich dieser Mensch einem der beiden, keinem oder beiden Geschlechtern zuordnet. Je nachdem, welche Untergruppe der intersexuellen Menschen befragt wurde, haben 15-30 % oder mehr eine hohe Verunsicherung gespürt, in welche Geschlechtskategorie sie sich einordnen sollen (Schweizer/Richter-Appelt 2012: 187 f., 207 f., 225 f., 433 f.). Eine Mehrheit (58 %) der intersexuellen Menschen bzw. 31 % der AGS-Betroffenen plädieren für ein Offenlassen des Erziehungsgeschlechtes; diese Entscheidung soll flexibel gehandhabt werden und Kinder nicht in ein bestimmtes Geschlechtsverhalten zwängen (Deutscher Ethikrat 2012: 86 f.). Die Geschlechtsrolle ist zwar oftmals schon in der frühen Kindheit zu erahnen, aber erst später, etwa um die Zeit der Pubertät, wird das Selbstbewusstsein und die eigenen Äußerungen der Kinder besser wahrgenommen (Diamond 2008).

Es gibt Hinweise aus der Medizin und Neuro-Physiologie, dass bei sog. AGS-Mädchen durch Testosteron und testosteronähnliche Substanzen, wie Androgene, schon vor der Geburt die eigene weitere Ausrichtung bestimmt wird. Sie sehen sich selbst später – im Laufe ihrer Entwicklung – in einer weiblichen[23], einer männlichen oder in einer davon abweichenden Rolle.[24, 25] »Dabei scheint es jedoch keine Korrelation zwischen dem Schweregrad des genitalen Phänotyps und dem Vorhandensein von Problemen zu geben«.[26] Hierzu sagen Diamond und Richter-Appelt (2008): »Das wichtigste Sexualorgan sitzt zwischen den Ohren.«

Als unbestrittene Tatsache kann Folgendes gelten:

- Die Geschlechtsidentität ist nicht bei der Geburt zu erkennen.

---

23 | Mädchen mit 46,XX DSD werden mitunter als *Tomboys* beschrieben. Dies wird aber in der Regel nicht als intersexuelle Variante angesehen.

24 | U.a. Berenbaum, S. A., Hines, M. (2003): Effects on gender identity of prenatal androgens and genital appearence: evidence from girls with congential adrenal hyperplasia. In: J Clin Endocin Metab 88, 3, S. 1102-1106.

25 | Holterhus, P. M. (2012): Prägung des menschlichen Genoms durch Androgene. Molekulares Gedächtnis der Androgenwirkung. In: Intersexualität kontrovers. Schweizer/Richter-Appelt (Hg.). Psychosozial.

26 | AWMF online - Leitlinien-Register Nr. 027/022.

- Weder die äußeren oder inneren Genitalien noch die Geschlechtschromosomen (XX-bzw. XY-Chromosomen) bestimmen die Geschlechtsidentität.
- Es besteht keine zwingende Kausalität zwischen Genitalaussehen und Geschlechtsidentität.
- Die Geschlechtsidentität ist durch keine medizinische oder psychologische Maßnahme diagnostisch zu erkennen. Das kann nur das Individuum selbst.
- Das Bewusstsein des eigenen Geschlechts entsteht in einem Entwicklungsprozess, der sich über viele Jahre hinzieht und über die Zeit der Pubertät hinausgehen kann.
- Ob sich jemand als Mann, Frau oder anders fühlt, kann durch keine Operation zugewiesen oder hergestellt werden.
- »Eine Assimilation Intersexueller in eines der beiden Geschlechter funktioniert nicht« betont Reiter (2000).

Diese Aspekte sollten bei der Beurteilung von Operationen an Säuglingen, Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden. Die Beurteilung, zu welchem Geschlecht jemand gehört, kann aber nur der Betroffene selbst abgeben, also sind auch geschlechtsvereindeutigende Operationen an Kindern auf keinen Fall statthaft. Schon vor längerem forderten Diamond und Sigmundson (1997), dass chirurgische Eingriffe, die nicht lebensnotwendig sind, aufgeschoben werden, bis die Person es selbst für sich fordert. Aufgrund vielfältiger Kritik hat eine Ethikgruppe in Deutschland gefordert (Wiesemann/Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk *Intersexualität* 2008), dass Maßnahmen, die ohne zufriedenstellende Evidenz praktiziert werden, irreversibel sind und ohne zwingende medizinische Indikation vorgenommen werden, solange aufgeschoben werden sollten, bis der betroffene Mensch selbst darüber entscheiden will und altersentsprechend entscheiden darf. Auch für den Deutschen Ethikrat (2012: 112) ist es ein vorrangiges Ziel, »dass die Selbstbestimmung des Kindes [durch] nicht unbedingt notwendige Eingriffe nicht unzulässig eingeschränkt wird«. »Auch aus der Literatur ist bekannt, dass sich ein überdurchschnittlich hoher Prozentsatz von Menschen mit verschiedenen Formen von *Disorder of Sex Development* im Lauf der Pubertät oder im Erwachsenenalter entschließt, das ihnen zugewiesene soziale Geschlecht zu wechseln« (Jürgensen/Hiort/Thyen 2008). Der Deutsche Ethikrat befragte Mädchen und Frauen mit dem Adreno-Genitalen Syndrom: etwa 50 % der Fragen wurden von den Eltern beantwortet. Das wirft die Frage auf, wie oft der Zweifel der Eltern über die in der Vergangenheit befürwortenden Operationen die Antworten beeinflusst haben, um die eigene Entscheidung zu

rechtfertigen, um sich zu entschuldigen oder um mit der gefallenen Entscheidung leben zu können. Ferner soll auf das Drängen der Eltern zu medizinischem Handeln (Kleinemeier/Jürgensen 2008: 17) einerseits hingewiesen werden und andererseits auf Untersuchungen von Dayner (2004). Letztere zeigt, dass für 95 % der Eltern die genitale Erscheinung, also das äußere Bild wichtig ist, wichtiger als erotische Empfindung (engl.: responsiveness). Dann sollten sich Studentinnen im 2. Teil der Studie vorstellen, dass sie mit einer über 1 cm langen Klitoris geboren wären und somit gängigen Vorstellungen aufgrund der vermeintlichen Übergröße nicht entsprechen würden. Eine überragende Mehrheit von 93 % der Studentinnen antwortete, dass sie es nicht gewollt hätten, dass ihre Eltern einer Operation zugestimmt hätten, um das genitale Aussehen zu verändern, wenn damit der Verlust der Orgasmusfähigkeit oder der sexuellen Empfindung verbunden wäre. Über 50 % der Studentinnen hätten keine Operation gewollt, sogar wenn das äußere Erscheinungsbild als unattraktiv oder als unangenehm empfunden worden wäre. Diese Studentinnen hätten eher andere Operationen gewollt, um beispielsweise zu lange Nasen, Ohren oder Brüste zu reduzieren, anstatt eine vermeintlich zu lange Klitoris operativ zu verkürzen.

Die Argumente von Lembke (2011) in ihrem Schreiben an den Deutschen Ethikrat gehören ebenfalls in diese Diskussion: Die Durchsetzung von Vorstellungen über richtige Genitalien, eindeutige Geschlechtlichkeit, die zulässige Größe einer Klitoris oder richtige Sexualität verletzen fundamentale Menschenrechte und haben überdies gravierende negative Auswirkungen auf die angestrebte Geschlechtergerechtigkeit, indem sie Stereotypien über Frauen reproduzieren. Genau das will die UN-Frauenrechtskonvention explizit unterbunden wissen. Kessler (1998: 56 f., 107 f.) kritisiert, dass eine Neovagina (engl.: *vaginoplasty*) nur aus dem einzigen Grund bei einem Mädchen konstruiert wird, nämlich deshalb, um den Geschlechtsverkehr mit einem Mann zu ermöglichen. Die Vorstellung, dass alle Frauen heterosexuellen Verkehr wünschen, verstetigt die Vorstellung von Frauen als passive Empfängerinnen von männlichem Begehren.

1961 hat ein damals hochangesehener Pädiater, Professor Bierich (1961: 387), einen Beitrag in einem Standard-Lehrbuch zur Intersexualität geschrieben, das bis weit in die 1970er Jahre gelesen wurde. Bis heute wird über eine Reduktion einer zu *großen* Klitoris gesprochen. Er hat damals sogar die Extirpation der Klitoris verlangt, also das vollständige Herausschälen, weil die vergrößerte Klitoris beim Geschlechtsverkehr den Mann störe. Deshalb hat Bierich diese Operation bei Kindern vor dem 4. Lebensjahr empfohlen. Die mit einem solchen Vorgehen verbundene ungeheure Brutalität drängt den Vergleich mit den bis

auf den heutigen Tag in Teilen Afrikas praktizierten Genitalverstümmelungen bei Mädchen auf, den *Female Genital Mutilations* (FMG). Diese sind seit 1995 von den Vereinten Nationen als Menschenrechtsverletzung verurteilt. Der Deutsche Bundestag diskutiert 2013 über ein Strafrechtsänderungsgesetz zur Strafbarkeit der Verstümmelung weiblicher Genitalien.[27] Bierich hatte mit seinem Aufruf zu Genitalverstümmelungen Mittäter und Vorläufer. In medizinischen Zeitschriften ist nachzulesen, dass in der Mitte des 19. Jahrhunderts in Deutschland und anderen Ländern Europas die Klitorektomie aus diversen Gründen hundertfach durchgeführt wurde, z.B. um gegen geistige Störungen und Epilepsie, gegen Masturbation und gegen die Wollust der Frauen anzugehen.[28] Noch 1938 wurde im Zentralblatt der Gynäkologie die Klitorektomie zur Behandlung der Masturbation beschrieben.[29] Es ist sehr irritierend, dass Anklänge an die Vergangenheit bis heute noch nicht völlig ausgelöscht sind, mag dies vielleicht unbewusst oder verdrängt sein. In einigen medizinischen Zentren in Europa ist die vollständige Entfernung der Klitoris (Klitorektomie) bis heute die *Methode der Wahl* bei einer vergrößerten Klitoris (Riepe u.a. 2002).

In mehreren Consensus Statements und Reviews kann man die nachfolgenden Aussagen[30] über Kinder mit 46,XX und AGS[31] nachlesen: In den Consensus Statements von 2002 und 2006 (Clayton u.a. 2002 und Hughes u.a. 2006) wird vorgeschlagen, dass 46,XX DSD-Kinder mit einer signifikanten Virilisation, d.h. einer vermehrten Vermännlichung, frühestens als Adoleszente vorgestellt werden sollen. Die Operationen, wie die Vaginoplastik, sollten bis zur Adoleszenz oder bis zur Erwachsenenzeit verschoben werden, da es keine kontrollierten klinischen Versuche über den Effekt einer frühen Operation (unter 12 Lebensmonaten) im Vergleich zu einer späten Operation (bei Erwachsenen oder älteren Jugendlichen) gibt. Einige Studienergebnisse sollen hier ergänzt werden: Nach einer Klitorisoperation hatten 78 % eine hohe Rate an Nicht-Empfindung und Verlust von Orgasmusfähigkeit im Vergleich mit 20 % bei nichtoperierten Frauen in einer Vergleichsstudie.[32] Nach einer Vaginoplastik kann das Aussehen befriedigen, aber die Vagina ist zu eng für einen Sexualverkehr und

---

27 | Rechtsausschuss, 24. April 2013, StrÄndG. URL: http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a06/anhoerungen/archiv/46____Str__ndG/index.html [03.08.2013].

28 | Hulverscheidt, M. (2011): Weibliche Genitalverstümmelung. Mabuse-Verlag.

29 | Ebd. S. 19, zit. Zentralbl Gynäkol 11: 584-85.

30 | Clayton u.a. (2002); Creighton (2004); Creighton/Minto (2001); Creighton/Minto/Steele (2001); Crouch u.a. (2008); Hughes u.a. (2006); Lee u.a. (2006); Pagon u.a. (2010); Speiser u.a. (2010); Stein u.a. in collaboration with the Canadian Pediatric Endocrine Group (2005).

31 | Über die ältere Literatur wird von Kessler (1998: 52-76) eingehend berichtet.

32 | Mouriquand, P., Chirurg, (Text aus dem ARTE-Film vom 04.10.2010 (in Übersetzung) »es wäre Augenwischerei, den Eltern zu versichern, dass sich bei einer Klitorisreduktion die Empfindsamkeit nicht verändern würde. Das kann keiner«.

kommt bei über 80 % der Befragten vor (Creighton 2004). Wenn eine kosmetische Operation gewünscht wird, muss man damit rechnen, dass die künstlich angelegte Öffnung wieder zuwächst und anschließend eine vaginale Dilatation durchgeführt werden muss. In mehreren Artikeln findet man die Warnung, dass jede Nachoperation und jede Bougierungsbehandlung, also das Offenhalten in vielen Visiten über sehr viele Monate durch mechanische Instrumente, bei Kindern unterlassen werden soll. Diese Maßnahmen können zu sehr starken und lang anhaltenden psychischen Traumatisierungen führen.[33, 34, 35] Für Kessler (1998: 63) sind diese vielfach wiederholten Prozeduren als sexueller Missbrauch anzusehen (engl.: *sexual abuse*). »Alle Untersuchungen hierzu berichten durchgehend über [...] geringere sexuelle Erlebnisfähigkeit bei AGS-Patientinnen, wobei dies mit dem Umfang der [...] genitalkorrigierenden Eingriffe [...] zusammenzuhängen scheint« (Wünsch/Wessel 2008: 41). »Eine Vaginoplastik [wird] eigentlich nur für die Penetration benötigt, könnte also in die Adoleszenz verschoben werden« (Bosinski 2005: 40). Als Chirurgin bevorzugt Krege (2011) aus diesen Gründen den späteren Lebensabschnitt für operative Eingriffe, weil sie diese dann mit den Mädchen selbst besprechen kann. Man sollte also solange warten, bis die Adoleszenten oder Erwachsenen den Eingriff selbst wollen. Wer Klitoris-Reduktionen befürwortet, orientiert sich an willkürlich gesetzten kulturellen Normen. Die Erhaltung der Sensibilität nach Klitoris-Verkürzung kann nicht garantiert werden. Deshalb ist eine Klitorisreduktion im Kindesalter nicht zumutbar, sie kann allein von einwilligungsfähigen Personen – als kosmetische Operation – gewünscht werden, wenn sie es denn überhaupt wollen. »Leider liegen nur wenig gute Langzeituntersuchungen nach solchen Operationen vor, und die vorliegenden Studienergebnisse resultieren aus Operationen, die bereits lange nicht mehr praktiziert werden, da sie heute als nicht mehr akzeptabel gelten« (Grüters 2008: 34). Deshalb sind alle genitalen Operationen Einzelexperimente, weil die Schädigung der Sensibilität oder eine zu kleine Neovagina erst nach vielen Jahren, in der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter, von den Betroffenen erkannt werden kann.

Forderungen an die Politik

Menschenrechtsorganisationen, Selbstvertretungs- und Selbsthilfegruppen intersexueller Menschen und andere fordern den sofortigen Stopp jeder kosmetischen

---

33 | Hoepffner, W. nach Finke/Höhne (2008) (Hg.): Intersexualität bei Kindern. S. 133; Riepe F. G., Sippel, W. (2008) In: Kinder- und Jugendarzt 2, 39, S. 112; Bosinski, H. A. G. (2006): Sexualmedizinische Aspekte bei Intersex-Syndromen. In: Urologe 45, S. 981-991.

34 | AWMF online - Leitlinien-Register Nr. 027/022.

35 | Wünsch, L., Wessel L. (2008): Chirurgische Strategien bei Störungen der Geschlechtsentwicklung. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 156, S. 234-240.

Operation an den Genitalien von Säuglingen oder anderen nicht einwilligungsfähigen Kindern. Dies muss auch für Menschen mit dem Adreno-Genitalen Syndrom (AGS) gelten. Jegliche medizinische Eingriffe, die die Fortpflanzungsfähigkeit oder die sexuelle Empfindungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigen können, müssen umgehend eingestellt werden.[36] Es handelt sich um gravierende Eingriffe in die Rechte des Kindes. Dies entspricht auch der Ansicht der Bundesregierung.[37]

Die Berichte bei der Menschenrechtskommission der Vereinten Nationen haben die Politiker_innen im deutschen Bundestag zum Nachdenken über die Sichtweise und Handlungspraxis vieler Mediziner_innen gebracht.[38]

Haben die Mediziner_innen nach den Vorwürfen der UN-Menschenrechtskommission und den Diskussionen des Deutschen Ethikrats und des deutschen Parlaments ihre Einstellung geändert? Bisher gibt es keine gemeinsamen kritischen Erklärungen zum bisherigen Vorgehen und die Leitlinien gelten unverändert fort.

Literatur

Berenbaum, S. A., Hines, M. (2003): Effects on gender identity of prenatal androgens and genital appearence: evidence from girls with congential adrenal hyperplasia. In: J Clin Endocin Metab 88, 3, S. 1102-1106.

Bierich, J. W. (1961): Operative Korrektur beim AGS. In: Die Intersexualität. Overzier (Hg.). Stuttgart: Thieme.

Birnbaum, W. u.a.(2013): Zur Stellungnahme des Deutschen Ethikrates zur Besonderheit der Geschlechtsentwicklung (Interssexualität). Positionspapier im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie. Monatsschr Kinderheilkd 161, S. 148.

Bosinski, H. A. G. (2005): Psychosexuelle Probleme bei Intersex-Syndromen. In: Sexuologie 12, S. 31-59.

36 | Deutscher Bundestag Drucksache 17/ 13253, 24. 04. 2013: Die SPD fordert den Deutschen Bundestag/die Bundesregierung auf, »sicherzustellen, dass geschlechtszuweisende und -anpassende Operationen an minderjährigen intersexuellen Menschen vor deren Einwilligungsfähigkeit verboten werden. Dabei muss gewährleistet sein, dass eine alleinige stellvertretende Einwilligung der Eltern in irreversible geschlechtszuweisende Operationen ihres minderjährigen Kindes - außer in lebensbedrohlichen Notfällen oder bei Vorliegen einer medizinischen Indikation - nicht zulässig ist«. Daneben auch weitere Anträge anderer Fraktionen: Deutscher Bundestag Drucksache 17/12859, 20.03.2013; Deutscher Bundestag Drucksache 17/12851, 20.3.2013).

37 | Deutscher Bundestag Drucksache 17/11855, 12.12.2012, S. 5.

38 | Deutscher Bundestag Drucksache 17/14014, 14.06.2013: Beschlussempfehlung und Bericht. URL: http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/140/1714014.pdf [02.12.2013].

Brinckmann, L., Schweizer, K., Richter-Appelt, H. (2007): Behandlungserfahrungen von Menschen mit Intersexualität. In: Gyn Endokrinologie 5, S. 235-242.

Clayton, P. E. u.a. (2002): Consensus statement on 21-Hydroxylase Deficiency. In: J Clin Endocrin Metabol 87, S. 4048-53.

Creighton, S., Minto, C. (2001): Managing intersex. Most vaginal surgery in childhood should be deferred. In: BMJ 232, S. 1264-1265.

Creighton, S, Minto, C, Steele, S. J. (2001): Objective cosmetic and anatomical outcomes at adolescence of feminizing surgery for ambiguous genitalia done in childhood. In: Lancet 358, S. 124-25.

Creighton, S. M. (2004): Adult Consequences of Feminising Genital Surgery in Infancy. In: Hormones 3, 4, S. 228-232.

Crouch, N. S. u.a. (2008): Sexual function and genital sensivity following fem. Genitoplasty. In: Urology 179, 29, S. 634-638.

Dayner, J. E. u.a. (2004): Medical Treatment of Intersex: Parental Perspectives. In: J Urology 172, S. 1762–65.

Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ) (2010): Leitlinien: *Störungen der Geschlechtsentwicklung*. 1. In: AWMF online - Leitlinien-Register Nr. 027/022. *Störungen der Geschlechtsentwicklung*. 2. In: AWMF online - Leitlinien-Register Nr. 027/047. Adrenogenitales Syndrom.

Deutscher Ethikrat (2012): Intersexualität, Stellungnahme. S. 82. URL: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-intersexualitaet.pdf [02.12.2013].

Diamond, M., Sigmundson, K. H. (1997): Management of intersexuality: guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia. In: Arch Pediatr Adolesc Med 151, S. 1046-1050.

Diamond, M. (2008): Soziale Regulierungen von Sexualität. In: Sexualität als Experiment. Pethes/Schicktanz (Hg.). URL: http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2005to2009/2008-soziale.html [03.08.2013].

Diamond, M., Richter-Appelt, H. (2008): Das wichtigste Sexualorgan sitzt zwischen den Ohren. In: Z f Sexualforsch 21, S. 369-376. URL: http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2005to2009/2008-sexualforsch.html. [03.08.2013].

Finke, R., Höhne, S. O., (Hg.) (2008): Intersexualität bei Kindern. Bremen: Uni-Med.

Götz, M. (2011): Internet - Radiodoktor- Infomappe (7. Februar 2011), S. 19. URL: http://oe1.orf.at/static/pdf/Intersexualit__t_i_2011.pdf [05.08.2013].

Grüters, A. (2008): Störung der Geschlechtsentwicklung. Intersexualität bei Kindern. In: Finke/Höhne (Hg.): Intersexualität bei Kindern. Bremen. Uni-Med, S. 31-37.

Holterhus, P. M. (2012): Prägung des menschlichen Genoms durch Androgene. Molekulares Gedächtnis der Androgenwirkung. In: Schweizer/Richter-Appelt (Hg.): Intersexualität kontrovers. Psychosozial, S. 69-83.

Hughes, I. A. u.a., Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society (LWPES), European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE) (2006): Consensus statement on management of intersex disorders. In: Arch Dis Child 91, S. 554-563.

Hulverscheidt, M. (2011): Weibliche Genitalverstümmelung. Frankkfurt a.M.: Mabuse.

Jürgensen, M., Hiort O., Thyen, U. (2008): Kinder und Jugendliche mit Störungen der Geschlechtsentwicklung: Psychosexuelle und -soziale Entwicklung und Herausforderungen bei der Versorgung. In: Monatsscht Kinderheilkd 156, 3, S. 226-233.

Kessler, S. J. (1998): Lessons from the Intersexed. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Kleinemeier, E., Jürgensen, M. (2008): Netzwerk Intersexualität: Erste Ergebnisse der Klinischen Evaluationsstudie im Netzwerk Störungen der Geschlechtsentwicklung/Intersexualität in Deutschland, Österreich und Schweiz. Januar 2005 bis Dezember 2007. URL: http://www.netzwerk-dsd.uk-sh.de/fileadmin/documents/netzwerk/evalstudie/Bericht_Klinische_Evaluationsstudie.pdf [03.09.2013].

Köhler, B. u.a. and the DSD Network Working Group (2012): Satisfaction with Genital Surgery and Sexual Life of Adults with XY Disorders of Sex Development: Results from the German Clinical Evaluation Study. In: J Clin Endocrin Metab 97, S. 577-588.

Krege, S. (2011): Stellungnahme im Rahmen der Sachverständigenbefragung durch den Deutschen Ethikrat. Deutscher Ethikrat.

Lee, P. A. u.a. (2006): Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. In: Pediatrics 118, S. 488-500.

Lembke, U. (2011): Stellungnahme im Rahmen der Sachverständigenbefragung durch den Deutschen Ethikrat. Deutscher Ethikrat.

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008): Geschlechtsidentität und Genitalien. In: Finke/Höhne (Hg.). Intersexualität bei Kindern. Bremen: Uni-Med, S. 38-43.

Nieder, T. O., Richter-Appelt, H. (2009): Neurobiologische Korrelate bei Geschlechtsidentitätsstörungen. In: Psychiatrie im Dialog 10, S. 59-62.

Pagon, R. A. u.a. (2010): GeneReviews. Seattle, WA: University of Washington, Seattle.

Pleskacova, J. u.a. (2010): Tumor Risk in Disorders of Sex Development. In: Sex Dev. Doi: 10.1159/000314536.

Reiter, M. (2000): Medizinische Intervention als Folter. URL: http://www.gigi-online.de/intervention9.html [03.08.2013].

Richter-Appelt, H., Schimmelmann B. G., Tiefensee J. (2004): Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken (FEPS). Eine erweiterte Version des Parental Bonding Instruments PBI. In: Psychother Psych Med 54, 1, S. 23-33.

Riepe, F. G. u.a. (2002): Management of congenital adrenal hyperplasia: results of the ESPE questionnaire. In: Horm Res 58, S. 196-205.

Schweizer, K., Richter-Appelt, H. (Hg.) (2012): Intersexualität kontrovers. Gießen: Psychosozial.

Schweizer, K. (2012): Identitätsbildung und Varianten der Geschlechtsidentität. In: Zehnder, K., Streuli, J. (2012): Kampf der Diskurse? Unverständnis und Dialog. In: Schweizer/Richter-Appelt (Hg.): Intersexualität kontrovers. Gießen: Psychosozial, S. 459-488.

Speiser, P. W. u.a. (2010): An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. In: J Clin Endocrinol Metab 95, 9, S. 4133-4160.

Stein, R. u.a. in collaboration with the Canadian Pediatric Endocrine Group (2005): Management of 21-hydroxylase deficiency congenital adrenal hyperplasia: A survey of Canadian paediatric endocrinologists. In: Pediatr Child Health 10, 6, S. 323-326.

Schweizer Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, Stellungnahme Nr. 20/2012: Zum Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung. Ethische Fragen zur *Intersexualität*.

Voß, H.-J. (2012): Rezension von: Schweizer/Richter-Appelt (2012): Intersexualität kontrovers. In: querelles-net, 13, 3.

Wiesemann, C., Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk *Intersexualität* (2008): Ethische Empfehlungen und Grundsätze bei DSD. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 156, S. 241-245.

Wünsch, L., Wessel L. (2008): Chirurgische Strategien bei Störungen der Geschlechtsentwicklung. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 156, S. 234-240.

Zehnder, K., Streuli, J. (2012): Kampf der Diskurse? Unverständnis und Dialog. In: Schweizer/Richter-Appelt (Hg.): Intersexualität kontrovers. Gießen: Psychosozial, S. 395-414.