

Wer ist krank? Wer entscheidet es?

Woweries, Jörg

2016

<https://doi.org/10.25595/585>

Veröffentlichungsversion / published version
Sammelbandbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Woweries, Jörg: *Wer ist krank? Wer entscheidet es?*, in: Schneider, Erik; Baltes-Löhr, Christel (Hrsg.): Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz (Bielefeld: transcript, 2016), 105-123. DOI: <https://doi.org/10.25595/585>.

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

Wer ist krank? Wer entscheidet es?

JÖRG WOWERIES

- Teil 1



Print-ISBN 978-3-83776-2417-5

PDF-ISBN 978-3-8394-2417-9

Lizenzierung

Zum Schutz des Urheberrechts wird der Open-Access-Titel mit der Creative-Commons-Lizenz CC BY-NC-ND. veröffentlicht

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Urhebernennung die private Nutzung, gestattet aber keine kommerzielle Nutzung. Das urheberrechtlich geschützte Material darf nur zu privaten, nicht-kommerziellen Zwecken genutzt werden. Eine Veränderung, Bearbeitung oder sonstige Abwandlung des Inhalts ist nicht gestattet ist.

This text was published in Erik Schneider, Chistel Baltes-Löhr(Hg.): Normierte Kinder. 2016.

It is posted here by permission of transcript Verlag for personal use only, not for redistribution.

Wer ist krank? Wer entscheidet es?

JÖRG WOWERIES

Zusammenfassung

Dieser Artikel diskutiert die Definitionshoheit der Medizin bei Fragen der Zuordnung intersexueller Menschen, gefolgt von einem kurzen historischen Überblick zur Bedeutung gesellschaftlicher Normvorstellungen mit Fokus auf dichotom angelegte normative Konzepte für Körper und Kopf. Das Selbstbestimmungsrecht und andere Menschenrechte nehmen in der Diskussion um Krankheitszuschreibung eine Sonderstellung ein, sind doch gerade nicht-einwilligungsfähige Menschen von der Anwendung medizinischer Massnahmen in besonderer Weise betroffen. Die kritische Diskussion bestimmter, bisher üblicher medizinischer Praktiken beleuchtet nicht nur die Konsequenzen für betroffene

Individuen selbst und ihr soziales Umfeld, sondern auch für die medizinische Praxis. Ausblickend diskutiert der Autor darüber hinaus juristische Lösungsmöglichkeiten in ihrer Bedeutung für individuelle und gesellschaftliche Praktiken.

Einleitung

Wer sich an eine_n Mediziner_in bzw. an eine_n Psychiater_in wendet, muss damit rechnen, dass erwähnte Probleme unter *Krankheit* sortiert werden. Diese Berufsgruppen orientieren sich bei ihrer Arbeit an der ICD 10 (International Classification of Diseases, 10. Version).¹ Dies wird zudem als derzeit gültige Grundlage des Abrechnungssystems der Ärzt_innen wie auch Psychotherapeut_innen mit den Krankenkassen verwendet. Begriffe wie ›Intersexualität‹, ›Zwitter‹ oder ›Zwischengeschlecht‹ finden in der systematischen Übersicht ICD 10 keine Erwähnung. Es werden einzelne *Krankheiten* benannt und mit

1 | URL:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd10who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/index.Htm> [20.06.2013].

106

Ziffern des ICD 10 versehen, z.B. E25 Adrenogenitale Störungen, E29 Testikuläre Dysfunktion, E34.5 Androgen-Resistenz-Syndrom, Q56.0 Hermaphroditismus und andere.

Die Nomenklatur der Chicago »Consensus Conference« (Hughes 2006) ersetzte traditionelle Begriffe wie ›Zwitter‹, ›Hermaphroditismus‹, ›Zwischengeschlecht‹, ›Intergeschlechtlichkeit‹ oder ›Intersexualität‹ durch *Disorders of Sex Development* (DSD) ², was in den deutschen medizinischen Leitlinien ³ mit *Störung der Geschlechtsentwicklung* übersetzt wird. Nach dieser medizinischen Klassifikation liegt ein Fall von DSD vor, wenn chromosomales, gonadales und anatomisches Geschlecht nicht übereinstimmen. Dies betrifft auch Menschen, bei denen weder ein *eindeutig* männliches, noch ein *eindeutig* weibliches Genital zugeordnet werden kann. Der Begriff ›Disorder‹ wurde heftig angegriffen, intersexuelle Menschen äußerten sich empört über ihre Zuordnung zu Störung und Krankheit. Selbsthilfegruppen ⁴, aber auch das Netzwerk Intersexualität, angesiedelt an der Universität Lübeck, reden jetzt eher von Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung. ⁵ Die Selbsthilfegruppen möchten die pathologische Bedeutung von *Disorder* im amerikanischen Sprachgebrauch abmildern. Der Vorschlag der Betroffenen von *Variations in Sex Development* zu sprechen, wurde in Chicago abgelehnt (Thomas 2006). Der Schweizer Ethikrat unterstützt jedoch diese Forderung und spricht von *Varianten der Geschlechtsentwicklung*, übersetzt als *differences of sex development*. ⁶ *Disorders of Sex Development* wird in der systematischen Sicht ICD 10 ausschließlich unter dem körperlichen Aspekt betrachtet. In diesen Fällen wird im gängigen medizinisch-sexualpsychologischen Vorgehen eine Norm angenommen, es findet also eine Normierung biologischer Phänomene, d.h. eine Normierung der biologischen Vielfalt, statt: diese bezieht sich auf die dichotome oder binäre Vorstellung von Geschlecht.

Als nächster Schritt im medizinischen Vorgehen wird eine Abweichung von der Norm als Krankheit bzw. Störung, Disorder gesehen. Alles, was diese normative Ordnung in Frage stellt, wird als abnorm, unnatürlich oder pathologisch dargestellt. Wendet man sich von diesen Vorstellungen der Medizin ab, kann man zu einer anderen Sicht gelangen.

2 | 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/II/027-022.html> [01.08.2013].

3 | Ebd.

4 | »Intersexualität, was ist das? Der Begriff bezeichnet biologische Besonderheiten bei der Geschlechtsdifferenzierung.« URL: <http://www.intersexuelle-menschen.net/intersexualitaet/> [01.08.2013].

5 | Intersexuelle Menschen e.V.: Das Netzwerk DSD/Intersexualität befasst sich mit angeborenen Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung; engl.: *Disorders of Sex Development* (DSD). URL: <http://www.uksh.de/kinderhormonzentrum-luebeck/Forschung/Netzwerk+DSD.html> [01.08.2013].

6 | Schweizer Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2012): Zum Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung. Ethische Fragen zur »Intersexualität«. URL: <http://www.bag.admin.ch/nekcne-/04229/04232/index.html?lang=de> [01.08.2013].

107

Handelt es sich bei Varianten der Geschlechtsentwicklung tatsächlich um Abweichungen von einer Norm? Was ist hier die Norm? Oder geht es um biologische Vielfalt? Milton Diamond spricht von *biologische Varianten*.⁷ Gedankenspiele über das sog. dritte Geschlecht helfen auch nicht weiter (Blackless 2000; Fausto-Sterling 1993). Wegen vielfältiger phänotypischer Erscheinungsformen gibt es kein *eindeutiges* drittes Geschlecht. Die biologische Geschlechtszugehörigkeit ist sehr komplex und nicht immer klar abzugrenzen (Voss 2010). Für intersexuelle Menschen selbst ist jedoch der juristische und kulturelle Aspekt wichtiger, der entscheidend zu ihrer Sichtbarmachung und Akzeptanz ihnen gegenüber beitragen kann. In Anlehnung an Groneberg (2012) wäre es angemessener, von Personen »zwischen den Geschlechtern oder Zwischengeschlechtlichkeit« zu sprechen als von »Intersexualität«. Dieser Begriff hat den Vorzug, »eine klare Absage gegenüber Fragen der Sexualität (wie Hetero-, Homo- und Bisexualität) vorzunehmen« und kann eine »Verwechslung von Intersexualität mit Bisexualität« vermeiden. Wegen der historischen und soziokulturellen Bedingtheiten sowie der unterschiedlichen biologischen Theorien, die den Begriffen zugrunde liegen, erscheint der Begriff »Inter«⁸ sehr sinnvoll.

In ihren Internet-Foren verlangen viele intersexuelle Menschen, dass im Geburtsregister und in den Personalakten überhaupt kein Geschlechtseintrag vorgenommen werden soll. Es sei eine Entwürdigung dieser Menschen, wenn – womöglich unerfahrene – Hebammen oder Ärzt_innen bei der Geburt das Geschlecht einseitig aufgrund des äußeren Anscheins als ausschliesslich männlich oder weiblich festlegen. Deshalb sehen einige intersexuelle Menschen, wenn sie als Jugendliche oder als Erwachsene über ihre eigene Situation nachdenken, sich selbst als z.B. *männlich und weiblich, sowohl-als-auch* oder als *weder-noch*. Nur sehr wenige wollen sich jedoch zu diesem Status öffentlich bekennen.

Allerdings wird Intersexualität oft mit Transsexualität⁹ verwechselt, meistens

aus Unwissenheit. Der Begriff ›Transsexualität‹ wird im ICD 10 unter *Störung der Geschlechtsidentität* aufgeführt. Auch diese Klassifizierung bleibt dem System

7 | Im Original: ›biological varieties‹, Diamond, M., Sigmundson, H. K. (2009): Management of Intersexuality: Guidelines. In: Arch Ped Adol Med. URL:

<http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2010to2014/2010-intersexuality.html> [08.12.2011].

8 | Siehe Beitrag von Jörg Woweries in dieser Publikation: Intersexualität — Medizinische Massnahmen auf dem Prüfstand.

9 | Zu den Definitionen: Neben *Transsexualität* werden auch andere Begriffe mit sehr unterschiedlichem Hintergrund und oft kaum zu fixierender Bedeutung gebraucht wie: *Transidentität*, *Transgender*, *Transgeschlechtlichkeit*, *Cross-dresser*, *Drag King*, *Drag Queen*. Auch hier scheint der Begriff ›Trans‹ sinnvoll. URL: <http://de.wikipedia.org/wiki/Transsexualit%C3%A4t#Definitionen> [01.08.2013].

108

der Krankheiten verhaftet. 10 Änderungen des Vornamens und der Geschlechtszugehörigkeit sind z.B. in Deutschland im Transsexuellengesetz (TSG) geregelt. 11

2006 sprach der Psychologe Ahlers über Transsexualität und Transvestitismus. 12

Er redete mehrfach über Dichotomie, ein Konzept, das auch in den Lehrbüchern zu finden ist. Im psychoanalytischen Verständnis ist Dichotomie von Männlichkeit und Weiblichkeit bislang selbstverständlich (Quindeau 2012). Man kann jedoch erkennen, dass Dichotomie eine bewachte Grenze ist. Da gibt es Menschen, die auf die andere Seite der Grenze wollen, Männer oder Frauen, jeder in die jeweils andere Richtung.

Das einzige, was sie als Grenzdokument vorweisen können, ist die eigene Überzeugung, dass sie das so wollen: »Ich will rüber!« Ahlers erkannte das Geschlecht am *normalen* Körperbau, also daran, ob Penis oder Scheide, ob Eierstocke oder Hoden zu erkennen sind. Menschen, die diesen Grenzübertritt versuchen, werden von der Medizin als pathologisch und wegen der *Störung der Geschlechtsidentität* 13 als geschlechtsdysphorisch 14, 15, eingestuft und an die Psychiatrie verwiesen. Den Grenzpass dieser Menschen, den eigenen Willen, kann allerdings weder die Psychologie oder die Psychiatrie noch sonst jemand in der Medizin lesen, d.h. es gibt eigentlich keine einzige psychologische oder medizinische Möglichkeit zur Diagnostik. Also errichtet man Grenzbefestigungen: mehrjährige psychologische Gutachterbeobachtung, zahlreiche bürokratische Schwierigkeiten, einen anderen Vornamen zu wählen. Operationen und daraus resultierende Unfruchtbarkeit wurden zur Pflicht gemacht. 16

Doch das deutsche Bundesverfassungsgericht sah das anders und hat nach

10 | In den medizinischen Klassifikationen wird Transsexualität folgendermaßen aufgeführt: in der ICD 10, F64. Für Jugendliche zur Zeit der Pubertät auch F66. Im SOC-VI der *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (Standards of Care for Gender Identity Disorders. Sixth Version, 2001). Im DSM-IV (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, *American Psychiatric Association*, 1994, ed. 4). Die neue Version DSM-V ist in Vorbereitung für 2013. Möglicherweise erreichen Organisationen von Trans'-Personen die komplette Streichung der *Gender Identity Disorders* (GID) aus DSM und ICD. Dabei war der Terminus ›Störung der Geschlechtsidentität‹ erst in der Version DSM-IV eingeführt worden und hatte den Begriff ›Transsexualismus‹ ersetzt. Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie (veröffentlicht bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften/AWMF) gehen konform mit den Aussagen der ICD 10. Für Erwachsene liegen noch keine deutschen Leitlinien vor.

11 | Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz - TSG). Bundesgesetz, 10.9.1980. Das TSG betrifft nicht intersexuelle Menschen.

12 | Ahlers vertrat am 12.9.2006 im Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen des Senats von Berlin die Ansicht der Charité Berlin, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin.

13 | ICD 10: F64.

14 | Schweizer und Richter-Appelt benutzen diesen Ausdruck auch bei intersexuellen Menschen. Schweizer, K. Identitätsbildung und Varianten der Geschlechtsidentität, S. 459-484. Richter-Appelt. Psychologische und psychotherapeutische Interventionen: S. 357-361. Beide in: Schweizer/Richter-Appelt (Hg.) (2012): Intersexualität kontrovers. Gießen: Psychosozial.

15 | Richter-Appelt (2012b) sieht auch durch ihre Forschungen bei vielen Personen mit Intersexualität eine Unsicherheit bei der Geschlechtsidentität.

16 | Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz, TSG, §8).

109

und nach die Grenzöffnung erleichtert. 17 »Pädagogische Maßnahmen zur Umerziehung sind unsinnig«, sagt der Psychiater und Psychotherapeut Udo Rauchfleisch (2012), dem es wichtig ist, dass man sich vom Pathologiekonzept distanziert. Es gibt also Menschen, die wollen rüber, ganz rüber. Andere wollen es nur zeitweilig. Eines ist dabei klar geworden: an der Grenze gibt es Leben. Es sind nicht viele Individuen, aber es gibt Menschen auf der Grenze. Es ist kein Niemandsland.

Und wo sind denn nun die *intersexuellen Menschen*? Erfahrungen des Autors

Fast drei Jahrzehnte lang war ich als Arzt an einem grossen Krankenhaus in Berlin tätig und hauptsächlich mit der Betreuung von Neugeborenen beschäftigt. Im Zuge dieser Arbeit begegnete ich bei Erstuntersuchungen Neugeborenen, deren Genitale nicht der medizinischen Norm entsprachen. Als ich begann, nach dem Schicksal dieser Menschen zu fragen, bekam ich keine Auskunft. Mir wurde erst später klar, dass genau das zum medizinischen System gehört. Diese Menschen – wir haben es uns jetzt angewohnt von intersexuellen Menschen zu reden – hatten ein Genital, welches als atypisch, als Makel, als ein Gebrechen behandelt wurde. Die Medizin, vor allem die Chirurgie, bot an, diesen sogenannten Makel durch Operationen an ein als normal bestimmtes Genital äußerlich anzugleichen.^{18, 19} Durch handwerkliches Unvermögen – »es ist einfacher ein Loch zu graben, statt einen Pfahl zu errichten« (Diamond 2008) – wurden zu fast 80-90 % oberflächlich weiblich aussehende Genitalien hergestellt. Die Eltern durften darüber mit niemandem sprechen, keinem etwas erzählen, nicht der Verwandtschaft, nicht mal dem eigenen Kind, der Nachbarschaft erst recht nicht. Die beteiligten Mediziner_innen hatten sich selbst eine Falle gestellt: Durch das Schweige-Tabu haben sich die Endokrinolog_innen und Chirurg_innen eigentlich aus der Wissenschaft verabschiedet. Denn zur Wissenschaft gehört unabdingbar Transparenz und kritische Auswertung der eigenen Ergebnisse. Deshalb besteht bis in die neueste Zeit ein Mangel an kontrollierten

17 | BVerfG: 2 BvR 1833/95 vom 15.08.1996 (Anrede transsexueller Personen nach Namensänderung). 1 BvL 3/03 vom 06.12.2005 (Namensrecht und sexuelle Selbstbestimmung). – 1 BvL 1/04 und 12/04 vom 18.7.2006 (TSG und ausländische Transsexuelle). – 1 BvL 10/05 vom 27.5.2008 (Transsexuelle dürfen nach Geschlechtsumwandlung verheiratet bleiben). – 1 BvR 3295/07

vom 11.01.2011 (Lebenspartnerschaft ohne die äußeren Geschlechtsmerkmale verändernde Operationen).

18 | 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/II/027-022.html> [01.08.2013].

19 | So schreibt Dr. Dagmar I' Allemand in der Schweizer Zeitschrift »Beobachter« 20, 2012, S. 25, über genitale Operationen bei einem Mädchen: »Warum soll man das Geschlecht nicht sofort festlegen und dieses Kind stattdessen mit einer Uneindeutigkeit aufwachsen lassen? Warum soll man es nicht gleich so machen, dass alle – auch die Eltern – nicht täglich daran erinnert werden, dass es ein Gebrechen hat? «

110

evidenzbasierten Ergebnissen²⁰, d.h. bewiesenen Ergebnissen (Clayton u.a. 2002; Creighton/Minto 2001; Creighton 2004; Crouch u.a. 2008; Hughes u.a. 2006; Lee u.a. 2006; Pagon 2010; Speiser u.a. 2010; Stein u.a. 2005). Dies ist auch ein Verstoß gegen die Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes. Dort wird verlangt, dass selbst die besten gängigen Maßnahmen fortwährend durch Evidenz geprüft werden müssen.²¹ In manchen Lehrbüchern der Psychiatrie und der somatischen Medizin kennt man für die Einteilung von *Männern und Frauen* nur das Prinzip: rechts oder links. Man liest *dichotom*, das ist griechisch und bedeutet: auseinander, zerschneiden. Dann ist nichts dazwischen. Andere reden von binar, das meint ja oder nein, im Sinne der modernen Wissenschaftssprache: in nur zwei Zuständen auftretend, von lateinisch *binarius*, *zweifach*. Auch dann ist nichts dazwischen.

Genau das ist den intersexuellen Menschen widerfahren: Dichotomie – sie sind zerschnitten worden. Damit die Kinder sich nicht daran erinnern, führte man die Operationen möglichst im frühen Kindesalter durch (Eckhold 2008). In den Foren der Betroffenen kann man lesen, dass sie sich selbst eher als Monster, als Freaks sehen.²² Diplomatisch verschleiern spricht man von Makel. Zunächst hat man diesen mit intergeschlechtlichen Kindern in Verbindung gebracht, weil ihr Genital nicht dem sogenannten normalen Aussehen entsprach. Später sahen sie sich selbst als Opfer einer Genitalverstümmelung. Heute schreiben sie über ihre Gefühle, Wut und Hass, noch Jahrzehnte nach den Operationen. Viele leiden unter schweren psychischen Traumata. Schweizer und Richter-Appelt (2009) sprechen von einer hohen psychischen Belastung und fordern, auf die psychologischen Bedürfnisse der von den Operationen Betroffenen einzugehen. Am Beispiel der Intersexualität werden die Konsequenzen, man möchte es Irrsinn nennen, dieser Konstruktion – der Konstruktion von *ja* oder *nein* – deutlich. Einerseits wird definiert, dass es nichts zwischen *ja* oder *nein* gibt. Andererseits wird Personen, die ihre eigene Geschlechtsidentität, von niemandem angezweifelt, in der *Mitte* finden, die von ihnen selbst gewünschte Eintragung im Geburtenregister als *Zwitter* verweigert. Sie werden willkürlich und zwangsweise einer Seite als männlich oder, wegen der einfacheren chirurgischen Technik, meist als

20 | Evidenz bedeutet Hinweis, Indiz. In der Medizin wird es im Sinne von Beweis benutzt. Es gibt im Sinne der Evidenzbasierten Medizin (EbM) verschiedene Beweisstufen: »Level 1: Es gibt ausreichende Nachweise für die Wirksamkeit aus systematischen Überblicksarbeiten über zahlreiche randomisiert-kontrollierte Studien. Level 2: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus zumindest einer randomisierten, kontrollierten Studie. Level 3: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus methodisch gut konzipierten Studien, ohne randomisierte Gruppenzuweisung. Level 4a: Es gibt Nachweis für die

Wirksamkeit aus klinischen Berichten. Level 4b: Stellt die Meinung respektierter Experten dar, basierend auf klinischen Erfahrungswerten bzw. Berichten von Experten-Komitees». Text nach Wikipedia, URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Evidenzbasierte_Medizin [01.08.2013].
 21 | Weltärztebund (WMA), Version 2008: A7, B 18. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/DeklHelsinki2008.pdf> [01.08.2013].
 22 | Sehr häufige Erwähnung von Betroffenen. URL: <http://zwitterforum.ath.cx/index.php> [02.10.2011].

111

weiblich zugeordnet. 23 Das kann dazu führen, dass das Geschlecht im Geburtenregister kontrafaktisch, d.h. falsch, eingetragen wird. In sogenannten westlichen Gesellschaften herrscht ein starker Erwartungsdruck vor, sich entweder für *männlich* oder für *weiblich* zu entscheiden. Vermutlich haben die allermeisten Menschen keinen Zweifel an ihrer eigenen Zuordnung. Die Eltern eines intersexuellen Kindes können ein Erziehungsgeschlecht für das Kind wählen, also männlich oder weiblich. Sie können auch das Kinderzimmer rosa oder blau anstreichen. Aber danach sollten sie geduldig abwarten, wie das Kind selbst, später, für sich entscheidet. Aber all das kann nicht als Beweis angesehen werden, dass das dichotome oder binare Modell sich auch wissenschaftlich/rationell begründen lässt.

Dieses dichotome, binare Gedankenmodell des *ja oder nein* wird bei einem Blick in die Wissenschaftsgeschichte erklärt und in der soziokulturellen Wissenschaft in unterschiedlicher und zum Teil in widersprüchlicher Weise beschrieben. 24, 25 Ich möchte dagegen eine andere Ansicht anbieten. Beim Blick an andere Stellen der biologischen und medizinischen Literatur gibt es Beschreibungen zum Menschen, die zu einem anderen, nicht-binaren Geschlechtermodell passen: Es gibt Hinweise, dass sich die Persönlichkeit eines Menschen aus vielen inneren Wesensmerkmalen zusammensetzt, die auf einer Spannbreite zwischen den beiden polaren *Idealen* männlich und weiblich liegen sollen. Für Fegert u.a. ist das Geschlechtsrollenverhalten statistisch-deskriptiver Natur und ergibt sich nur im Geschlechtergruppenvergleich (Fegert u.a. 2012). An keiner Stelle wird behauptet, dass irgendeine Eigenschaft, z.B. mathematische Qualität, nur bei einem einzigen (männlichen) Geschlecht und nicht auch beim anderen (weiblichen) Geschlecht vorkommt. Medizinische Lehrbücher beschreiben, dass *typisch* männliche und weibliche Hormone bei beiden Geschlechtern vorkommen sollen (Fine 2010; Hines 2004; Lautenbacher u.a. 2007; Pfaff 2011; Pinker 2008). Jeder Mensch vereinigt in sich Eigenschaften und Verhaltensweisen, die nach einigen Ansichten möglicherweise männlichem oder weiblichem Wesen entwicklungsgeschichtlich, biologisch zugeschrieben werden oder nach anderen Ansichten nur durch kulturelle Einflüsse in sie hinein interpretiert

23 | Netzwerk Intersexualität: Erste Ergebnisse der Klinischen Evaluationsstudie im Netzwerk *Störung der Geschlechtsentwicklung/Intersexualität*. 2008: »bis vor ca. 15-20 Jahren (gab es) sehr viel mehr Kinder mit uneindeutigen äußeren Geschlechtsorganen, (die) ohne weitergehende Diagnostik als Mädchen erzogen worden sind«, S. 13. URL: <http://www.netzwerk-dsd.uk-sh.de> [03.05.2011].
 24 | Honegger, C. (1991): Die Ordnung der Geschlechter. Frankfurt a.M.: Campus. Laqueur, T. (1992): Auf den Leib geschrieben. Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud. Frankfurt a.M.: Campus. Maihofer, A. (1995): Geschlecht als Existenzweise. Frankfurt a.M.: Ulrike Helmer.
 25 | »Die Trennung zwischen [...] sex und Gender [...] ist in der feministischen Theorie gebräuchlich«. [...] » wird mit der Trennung zwischen biologischem und sozialem Geschlecht darauf insistiert, dass

zwischen beiden kein kausaler Zusammenhang besteht.« Maihofer, A. (1995): Geschlecht als Existenzweise. Frankfurt a.M.: Ulrike Helmer, S. 19.

112

werden. Der jeweiligen Interpretation sollte man mit Skepsis begegnen und weitere wissenschaftliche Ergebnisse abwarten. Dabei wurden sogenannte Frauen mehrheitlich zu weiblichen und sogenannte Männer mehr zu männlichen Attributen neigen. So werden belegte geschlechtstypische Unterschiede angegeben. 26, 27 Durch die Erziehung in bestimmten Geschlechterrollen kann diese Entwicklung im Sinne von *Anlage versus Umwelt*²⁸ variiert werden (Fausto-Sterling 2012). Jedoch haben wir es mit Individuen zu tun, sodass Rollenklischees, also dichotomes Denken ihnen bzw. ihrer individuellen Komplexität und interindividuellen Diversität nicht gerecht werden. Wenn man aus Messwerten, z.B. von Testosteron oder Östrogen, sowie von Empathie, Sprachfähigkeit, räumlichem Vorstellungsvermögen und vielen anderen Eigenschaften, Verteilungskurven bei Männern sowie Frauen zeichnet, so erhält man Kurven, die sich mehr oder weniger stark überlappen.

Man kann es auch anders formulieren: die Geschlechtsidentität eines jeden Menschen setzt sich aus einer Reihe von Eigenschaften zusammen, die vom Prinzip *viel oder wenig* bestimmt wird. Zum Beispiel wird eine große Variation in Körperform und -größe, wie sie für Männer und Frauen charakteristisch zu sein scheint, zu denen deutliche Überlappungen gehören, von unserer Kultur anerkannt. Deshalb verweisen einige Autor_innen auf die Entwicklungsbiologie und sehen, dass der Glaube an einen absoluten Dimorphismus falsch ist. Die Neurowissenschaftlerin Cordelia Fine (2012) betrachtet die zahlreichen Eigenschaften, die in unterschiedlicher Weise Männern und Frauen mehr oder weniger zugeschrieben werden. Sie sieht die Ansichten anderer Autor_innen als Vorurteile und Geschlechtermarchen, in denen die Unterschiede zwischen Männern und Frauen fantasievoll geschildert werden. Viele Unterschiede, die man früher für unumstößlich hielt, sind heute verschwunden. Im Endeffekt erkennt sie keinen bewiesenen biologisch begründeten Unterschied im Verhalten der beiden Geschlechter.

Für die Beschreibung des Dualismus *Mann-Frau* mochte ich das polare Modell wählen. Dieses Modell beschreibt ein Kontinuum mit zwei Enden, leitet sich aus dem Griechischen *polos* ab und bedeutet Achse. Gemeint ist das Kontinuum zwischen den beiden Polen. Es ist also immer *etwas dazwischen*.²⁹ In diesem Modell wird sich, wie bei der Erde mit den beiden Polen, jedes Individuum irgendwo

26 | Räumliche Wahrnehmungsfähigkeit. Aggressivität bei Männern. In Gruppenkoordinationstests unterscheiden sich Männer und Frauen. In Verbalisationstests sind Frauen besser als Männer. Unterschiede werden auch bei der sexuellen Orientierung angegeben. Fegert, J. M. u.a. (2012): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin/Heidelberg: Springer, S.747.
27 | Lautenbacher, S. u.a. (2007): Gehirn und Geschlecht. Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Mann und Frau. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 65.

28 | Engl.: Nature versus Nurture.

29 | Anders als in meiner Vorstellung werden in der soziokulturellen Literatur die Begriffe dichotom, binär, polar und bipolar sehr oft synonym verwendet.

wiederfinden: Jeder Mensch, nicht nur intersexuelle Menschen, irgendwo auf einem Kontinuum, auf einem weit gestreuten Spektrum zwischen den Polen.

Dieses Wissen ist für unseren Umgang miteinander wichtig: das Wissen um die Variabilität von Geschlecht. Ich denke hier auch an den Begriff der Inklusion.³⁰ Dieser Begriff zeigt uns, dass Verschiedenheit völlig normal ist. Intersexuelle Menschen sind nicht die einzigen Menschen, die zeigen, dass Verschiedenheit völlig normal ist. Milton Diamond (2008a) spricht von Spielarten des Lebens. Susan Pinker (2008) wendet diese positive Sicht auch auf das Spannungsverhältnis von sogenannten normalen Männern und Frauen an und sagt, dass es doch ein Vorteil sei, wenn es nicht nur Extreme gibt. Eine breite Vielfalt im sozialen Verhalten und in der biologischen Konstitution bei Männern und Frauen sollte mit Optimismus betrachtet werden. Das ist eine Bereicherung der Vielfalt menschlichen Lebens. Warum sich der Dualismus männlich/weiblich in der Evolution in den Betrachtungen der Gegenwart durchgesetzt hat, wird noch lange zu diskutieren sein.³¹ Ich sehe dabei eine Erklärung im Prinzip *viel oder wenig*. Auf die soziokulturelle Literatur über Genderidentität und Genderrolle mochte ich hier nicht eingehen. Sie unterscheidet sich durchaus vom medizinisch-psychiatrischen Definitionssystem. Einzig Judith Butler (1995, 2003, 2009) mochte ich erwähnen. Mit der Kritik an der überkommenen dichotomen, binaren Sicht erkennt sie Probleme an der Geschlechter-Grenze und den folgenden *Gender Trouble*. Überläufer_innen und Grenzbewohner_innen, das kennt man aus dem realen Leben vielerorts, brauchen auch Grenzbewachung, Barrieren usw. Ohne Grenze, ohne binare/dichotome Trennung käme es zu Vermischungen, zu Uneindeutigkeiten und Unbestimmtheiten sowie zu nicht kontrollierbaren Beziehungen in einer Gesellschaft, die den Geschlechtsdimorphismus verteidigen will. Diamond (2008b) fasst diesen Gedanken folgendermaßen: »Die Biologie liebt Variationen, aber die Gesellschaft hasst sie.« Immer ist zu fragen: Wie finden sich Einzelne zurecht im Zwiespalt der eigenen Entscheidung und den sozialen Zwängen einer oftmals intoleranten Umwelt? In diesem Sinn existiert eine psychische und biologische Vielfalt von intersexuellen Menschen und gibt es verschiedene Ausdrucksformen von Darstellungen des Geschlechts, die sich einer strengen, rigiden Kontrolle entziehen und aufgrund des Eingriffes in ihre Menschen- und Kinderrechte durch Dritte, Gegenstand einer Antidiskriminierungsstelle sein sollten, die gegen Phobien und Intoleranz klagen.

30 | Zeitschrift: Frühe Kindheit, Kindheit, 2, 2010: Inklusion von Kindern mit und ohne Behinderung.

31 | EMBL (2010): The Difference between the Sexes: From Biology to Behavior. Conference in Heidelberg. URL:

<http://www.embl.de/training/events/2010/SNS10-01> [02.08.2012]. EMBL (2012): Biodiversity in the Balance: Causes and Consequences. Conference in Heidelberg. URL:

<http://www.embl.de/training/events/2010/SNS10-01> [02.08.2013].

Beispiele praktischer Auswirkungen eines solchen medizinischen Vorgehens

Das langjährige medizinische Vorgehen hat zu zwei Auswirkungen geführt, die die Praxis erheblich beeinflussen und im Alltag zu spüren sind. Das tabuisierende Verschweigen der intersexuellen Menschen, das zum *Behandlungs*-System der Ärzt_innen gehörte, versteckt in der Öffentlichkeit die Information über dieses Phänomen, sodass in der öffentlichen Wahrnehmung große Wissenslücken zu erkennen sind. Es lässt aber auch die Mediziner_innen selbst häufig in Unkenntnis über das spätere Schicksal dieser Menschen.

In zahlreichen Consensus Statements und Reviews wurde deutlich registriert, dass ein ganz klarer Mangel an Nachuntersuchungen besteht (Clayton u.a. 2002; Creighton/Minto 2001; Creighton 2004; Crouch u.a. 2008; Hughes u.a. 2006; Lee u.a. 2006; Pagon 2010; Speiser u.a. 2010; Stein u.a. 2005). Es fehlt an bewiesenen, also evidenzbasierten 32 kontrollierten Studien, die auf einer höheren Evidenzstufe basieren. Zurzeit liegen lediglich Ansichten von Expert_innen-Komitees vor, was dem unterstem Evidenz-Niveau entspricht, da es sich um subjektive fallbezogene Einschätzungen handelt. Außerdem gibt es beispielsweise keine Daten, die die sexualpsychologische Gesundheit von Mädchen und Frauen, die einer frühen (im ersten Lebensjahr) oder die einer späten Chirurgie (bei Adoleszenten oder Erwachsenen) unterzogen wurden, vergleichen (Speiser u.a. 2010).

Kaum jemand im Alltag kennt intersexuelle Menschen, sie verbergen sich in der Regel, um sich einer pathologischen Bewertung, die von der Medizin ausgeht, zu entziehen. Zehnder und Streuli (2012) gehen vom Begriff ›Stigma‹ aus und beschreiben, dass sich intersexuelle Menschen an die Normalität anpassen und ihr Anderssein kaschieren. Alle Zahlen sind jedoch nur eine grobe Schätzung. Der einzige Versuch zu einer sehr aufwendigen Zahlung von 2000 bis 2002 durch die ESPED 33 war nicht erfolgreich, nur 21 % der vielen beteiligten Kliniken aus Deutschland haben geantwortet (Thyen u.a. 2006). Eine Angabe (Hughes u.a. 2006), die auf eine ältere Kalkulation einer Selbsthilfegruppe (ISNA)³⁴ zurückgeht, nennt grob geschätzt 1 auf 4.500 Geburten (Kleinemeier/Jürgensen 2008).

Bei ca. 680.000 Geburten für 2008 kann man daraus eine Anzahl von ca. 340 intersexuellen Menschen ableiten. Das sind viele Menschen, möglicherweise kommt man sogar auf einen intersexuellen Mensch auf 1.000 Geburten, je nach dem welche Varianten nicht erfasst wurden. Vos (2010) beschreibt eine Vielzahl von genetisch bedingten Änderungen im hormonellen oder anatomischen Bauplan. Hier taucht wieder eine Grenze auf, nämlich die grundsätzliche Frage:

32 | Evidenzbasierte Medizin (EbM): vgl. Fußnote 28.

33 | Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland.

34 | Kalkulation einzelner Varianten bei: Intersex Society of North America. URL: <http://www.isna.org/faq/frequency> [01.08.2013].

Welche Varianten nimmt man hinzu und welche lässt man aus. Wenn man die Hypospadien³⁵ hinzunimmt, sind es deutlich mehr: grob geschätzt betrifft es einen Jungen auf einige hundert Geburten. ³⁶

Eine andere Angabe kalkuliert nach einer ausführlichen Literaturübersicht bei 2 % der Geburten eine Abweichung von den idealtypischen männlichen oder weiblichen körperlichen Geschlechtsmerkmalen und kommt wahrscheinlich auf ein bis zwei Fälle mit genitaler Chirurgie, einschließlich Hypospadie, auf 1.000 Geburten pro Jahr (Blackless u.a. 2000). Anzumerken ist, dass bei ca. der Hälfte aller intersexuellen Neugeborenen das Genital eben nicht auffällig erscheint, die intersexuelle Diagnose noch nicht erkennbar ist (Thyen u.a. 2006), sondern erst Jahre später, z.B. in und nach der Pubertät. Bei der Hälfte der intersexuellen Menschen mit 46,XY-DSD bleibt die biologische und *pathophysiologische* Ursache offen (Hughes u.a. 2006).

Gibt es Lösungsansätze?

Bis vor kurzem lautete eine von verschiedenen Forderungen an die gesetzgebenden Politiker_innen: Möglichst die Streichung des Geschlechtseintrages im Melderegister in jedem Alter. Oder wenigstens: auf jeden Fall die Streichung des Geschlechtseintrages im Geburtenregister für alle Kinder bis zum 18. Lebensjahr (oder bis zur Eheschließung) (Woweries 2011a). Im Geburtenbuch, nicht im Register, ist es seit 2009 möglich, auf den Geschlechtseintrag zu verzichten. ³⁷, ³⁸ Erst danach, also nur im Erwachsenenalter, wird die Einführung einer weiteren Bezeichnung neben ›weiblich‹ und ›männlich‹, z.B. ›anderes‹ wie es der Deutsche Ethikrat vorgeschlagen hat (aber nicht: *kein* Geschlecht, denn jeder intersexuelle Mensch hat ein Geschlecht: sein eigenes) befürwortet, immer ohne jeden Zwang und ohne Gerichtsverfahren. Geschlechtsbestimmungen oder Geschlechtszuweisungen durch medizinische Gutachter_innen sollten auf jeden Fall gesetzlich untersagt werden. Nur die Betroffenen können sich dazu äußern.

³⁵ | 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.

³⁶ | Z.B. bei 1:125 bis 1:300 lebendgeborene Jungen. URL:

<http://www.hypospadie.com/index.html?menu=2> [01.08.2013] oder 1 bis 8 auf 1.000 Geburten. URL:

<http://www.urologielehrbuch.de/hypospadie.html> [01.08.2013]. Das Hypospadie Zentrum Wien gibt 0,3 bis 3,8 pro 1.000 Geburten an URL: <http://www.hypospadie.info/3.html> [01.08.2013], wobei es große regionale Unterschiede gibt, u.a. durch Einwirkungen von Dioxinen, PCP, Furanen, organochlorierten Pestiziden (Pflanzenschutzmittel und Insektenvernichtungsmittel), Phyto-Östrogenen und anderen Substanzen.

³⁷ | § 59 Geburtsurkunde: »(1) In die Geburtsurkunde werden aufgenommen 1. die Vornamen und der Geburtsname des Kindes, 2. das Geschlecht des Kindes, [...]. (2) Auf Verlangen werden in die Geburtsurkunde Angaben nach Absatz 1 Nr. 2, 4 und 5 nicht aufgenommen«. Die Vorlage einer beglaubigten Abschrift aus dem Geburtsregister muss jedoch bei der Eheschließung, zur Einschulung und bei zahlreichen Sozialleistungen vorgelegt werden.

³⁸ | Da die Bezeichnung ›Geschlecht‹ eigentlich falsch ist, müsste es ›eingetragener Personenstand‹ heißen.

In der Vergangenheit haben sich nur sehr wenige intersexuelle Menschen öffentlich zu einem Leben zwischen den bislang gängigen Geschlechtern bekannt. Sie offenbarten sich, um auf die Situation intersexueller Menschen aufmerksam zu machen.

Eltern sind sehr irritiert, oft sogar psychisch schwer belastet, wenn ihnen gesagt wird, dass das Geschlecht ihres Kindes nicht eindeutig zu bestimmen ist (Richter-Appelt/Schimmelmann/Tiefensee 2004). Sie werden sehr leicht von den zur Operation neigenden Ärzt_innen dazu gedrängt oder von anderen überredet, sich für eine Operation des Kindes zu entscheiden. Der Zeitpunkt der Operationen liegt im Regelfall bei zwei bis zwölf Lebensmonaten. Ein neugeborenes Kind sollte aber nicht, provoziert durch die Anwesenheit der Medizin, unter Kategorien wie *normal* oder *nicht normal* sowie *Glück* oder *Unglück* eingestuft werden (Woweries 2011b).

Diamond wies als einer der ersten auf ein anderes Vorgehen hin, nämlich auf den Verzicht von chirurgischen Maßnahmen bei intersexuellen Kindern (Diamond/Sigmundson 2009 [1997]).

Am 31.1.2013 hat der Bundestag den §22 (3) des Personenstandsgesetz (PStG) neu beschlossen.³⁹ Jetzt muss bei Kindern mit nicht eindeutigem Genital weder weiblich noch männlich eingetragen werden, sie werden im Geburtsregister als Kinder *ohne Eintrag* neben den Jungen und Mädchen geführt. Dies ist eine völlig neue Situation. Auf der einen Seite ist anzuerkennen, dass die Existenz intersexueller Menschen auch rechtlich anerkannt wird. Auf der anderen Seite ist zu erwarten, dass Eltern eines neugeborenen intersexuellen Kindes sich möglicherweise gegen diese Eintragung sträuben werden.⁴⁰ Die neue Regelung des §22 (3) PStG sollte vor allem nicht den Wunsch einer kosmetischen Operation aufkommen lassen (Woweries 2011a). Es bedarf intensiver Aufklärung aller Akteur_innen, damit intersexuelle Menschen weder in der Familie, der Nachbarschaft, im Kindergarten und in der Schule diskriminiert werden, was letztendlich zu psychischen Belastungen führen konnte. Im Netzwerk *Intersexualität* konnte schon für die Vergangenheit eruiert werden, dass in vielen Fällen Diskriminierung vermieden werden konnte. Darüber hinaus waren die meisten Eltern, die über ihr Kind als intersexuelles Kind mit Freund_innen oder in der Nachbarschaft sprachen, waren, keinen Belastungen ausgesetzt. Nur 6 % der intersexuellen Menschen berichteten als heutige Erwachsene über negative

39 | §22 (3) PStG: »Kann das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden, so ist der Personenstandsfall ohne eine solche Angabe in das Geburtenregister einzutragen«.

40 | Deutscher Ethikrat, Intersexualität, Stellungnahme, »Experten berichten aus ihrer Praxis, dass nicht wenige Eltern ihr Kind nicht annehmen können, wenn deren Geschlecht offen bleibt.« S. 89.

Reaktionen, wenn sie von der eigenen Situation sprachen.⁴¹ Allerdings wünschen Dreiviertel der Jugendlichen nicht, dass ihre Eltern über ihre Situation sprechen.⁴² Die meisten Eltern von intersexuellen Kindern werden sich vermutlich für eine Erziehung in der sogenannten Mädchen- oder Jungenrolle entscheiden. Wichtig ist die Empfehlung von Richter-Appelt, dass die Eltern mit dem Kind offen und

sehr zuwendungsorientiert reden: über den Alltag und über die später vom Kind selbst zu entscheidende Geschlechtsidentität – das ist für die sich entwickelnde Geschlechtsidentität sehr wichtig (Richter-Appelt 2012b).

Es wäre zu wünschen und zu fordern, dass beim §22 (3) PStG eine Wahlfreiheit durch Ausführungsvorschriften in neuen §§ der PStVerordnung erreicht werden konnte. Es sollte nicht schon nach der Geburt eine bleibende Eintragung werden, denn diese neue Regelung führt zu einem nicht vom Kind ausgehenden Outing (Zwangs-Outing) im Alltag.

Dabei sollte darauf geachtet werden, dass allein die betroffenen Personen selbst über ihre Geschlechtsidentität entscheiden können. Auch ein schwellenarmer Wechsel muss möglich sein, weil sich bei einigen intersexuellen Kindern erst in oder nach der Pubertät eine andere Situation zeigt. Bei etwa der Hälfte aller intersexuellen Neugeborenen (Thyen u.a. 2006) ist erst zur Zeit der Pubertät oder später zu erkennen, dass eine intersexuelle Variation vorliegt.

Es ist weiterhin wichtig, dass gesundheitliche Selbsthilfegruppen und unabhängige psychologische Beratungen verbindlich hinzukommen und finanziert werden. In den ethischen Richtlinien und Grundsätzen finden sich mehrere Empfehlungen (Wiesemann 2008), unter anderem: »Eine ausschließlich an biologischen oder morphologischen Fakten orientierte Kategorisierung des Geschlechts wird der Individualität und Subjektivität des Einzelnen sowie der Abhängigkeit der geschlechtlichen Identität von sozialen und psychischen Faktoren nicht gerecht.«

Jeder Mensch hat seinen eigenen Körper.
Jeder Mensch hat seine eigene Geschlechtsidentität.
Jeder Mensch sollte selbst darüber entscheiden dürfen!

Aufgezwungene, dichotome Konzepte, Normen für Körper und Kopf, schränken Menschenrechte ein.

41 | Kleinemeier, E., Jürgensen, M. (2008): Erste Ergebnisse der klinischen Evaluationsstudie im Netzwerk Störungen der Geschlechtsentwicklungen. S. 34. URL: <http://www.netzwerk-dsd.uk-sh.de>. [03.05.2011].

42 | Ebd, S. 35.

Literatur

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

Blackless, M. u.a. (2000): How sexually dimorphic are we? Review and Synthesis. In: Am. J. of Human Biology, 12, S. 151-166.

Butler, J. (1995): Körper von Gewicht. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Butler, J. (2003): Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Butler, J. (2009): Die Macht der Geschlechternormen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Clayton, P. E. u.a. (2002): Consensus statement on 21-Hydroxylase Deficiency. In: J Clin Endocrin Metabol 87, S. 4048-4053.

Creighton, S. M., Minto, C. (Hg.) (2001): Managing intersex. In: Brit Med J 323, S. 1264-1265.

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 sensitivity following fem. Genitoplasty. In: Urology 179, 29, S. 634-638.

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].

Deutscher Ethikrat (Hg.) (2012): Intersexualität. Stellungnahme. Berlin.

Diamond, M. (2008a): Easier to make a hole than to build a pole. Unveröffentlichter Vortrag beim 2. Interdisziplinären Forum zur Intersexualität am UKE Universitätsklinikum, Hamburg-Eppendorf. URL: <http://www.intersexforschung.de/Einladung%20&%20Anmeldung%20IS%20Tag%2008.pdf> [30.11.2013].

119

Diamond, M. (2008b): Biology loves variety, but society hates variety. Unveröffentlichter Vortrag beim 2. Interdisziplinären Forum zur Intersexualität am UKE Universitätsklinikum, Hamburg-Eppendorf. URL: <http://www.intersexforschung.de/Einladung%20&%20Anmeldung%20IS%20Tag%2008.pdf> [30.11.2013].

Diamond, M., Sigmundson, H. K. (2009 [1997]): Management of intersexuality: guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia. In: Arch Pediatr Ado-lesc Med 151, S. 1046-1050. Guidelines. In: Arch Ped Adol Med. URL: <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2010to2014/2010-intersexuality.html> [08.12.2011].

Eckhold, F. (2008): Die Chirurgie des intersexuellen Genitales beim Kind. In: Finke/Höhne (Hg.). Intersexualität bei Kinder. Bremen: Unimed.

EMBL (2010): The Difference between the Sexes: From Biology to Behavior. Conference in Heidelberg. URL: <http://www.embl.de/training/events/2010/SNS10-01> [02.08.2013].

EMBL (2012): Biodiversity in the Balance: Causes and Consequences. Conference in Heidelberg. URL: <http://www.embl.de/training/events/2010/SNS10-01> [02.08.2013].

Fausto-Sterling, A. (1993): The five sexes: Why male and female are not enough. In: The Sciences 33, S. 20-25.

Fausto-Sterling, A. (2012): Nature or Nurture? In: EMBL. URL: http://www.embl.de/training/events/2010/SNS10-01/online-seminars_day2/2011106_asterling/index.html [01.08.2013].

Fegert, J. M. (Hg.) (2012): In: Goldbeck u.a. (Hg.). Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin/Heidelberg: Springer.

Fine, C. (2010): Delusion of Gender. The real science behind sex differences. London: Icon books.

Fine, C. (2012): Die Geschlechterluge. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Frühe Kindheit** (Hg.) (2010): Inklusion von Kindern mit und ohne Behinderung. Heft 2.
- Groneberg, M.** (2012): Kommentar zum Schweizer Ethikrat. URL: <http://www.bag.admin.ch/nek-cne/> [25.05.2013].
- Hines, M.** (2004): *Brain, Gender*. Oxford: University Press.
- Honegger, C.** (1991): *Die Ordnung der Geschlechter*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Hughes I. A. u.a.** (2006): Consensus statement on management of intersex disorders. In: *Arch Dis Child* 91, 7, S. 554-563.
- Intersexuelle Menschen e.V. (o.J.)**: Netzwerk DSD/Intersexualität. URL: <http://www.uksh.de/kinderhormonzentrum-luebeck/Forschung/Netzwerk+DSD.html> [01.08.2013].
- Intersex Society of North America (ISNA)**. URL: <http://www.isna.org/faq/frequency> [01.08.2013].
- Kleinemeier, E., Jürgensen, M.** (2008): Erste Ergebnisse der Klinischen Evaluationsstudie im Netzwerk Störungen der Geschlechtsentwicklung/Intersexualität in Deutschland, Österreich und Schweiz. URL: <http://www.netzwerk-dsd.uk-sh.de> [03.05.2011].
- Laqueur, T.** (1992): *Auf den Leib geschrieben. Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud*. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Lautenbacher, S. u.a.** (2007): *Gehirn und Geschlecht. Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Mann und Frau*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Lee, P. A. u.a.** (2006): Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. In: *Pediatrics* 118, 2, S. 488-500.
- Maihofer, A.** (1995): *Geschlecht als Existenzweise*. Frankfurt a.M.: Helmer.
- Pagon, R. A. u. a.** (Hg.) (2010): *GeneReviews*. Seattle, WA: University of Washington, Seattle.

- Pfaff, D.** (2011): *Man and woman. An inside story*. Oxford: University Press.
- Pinker, S.** (2008): *The sexual Paradox. Men, Woman, and the real Gender Gap*. New York: Scribner.
- Quindeau, I.** (2012): Geschlechtsentwicklung und psychosexuelle Zwischenräume aus der Perspektive neuerer Psychoanalytischer Theoriebildung. In: Schweizer/Richter-Appelt (Hg.): *Intersexualität kontrovers*. Giesen: Psychosozial, S. 119-130.
- Rauchfleisch, U.** (2012): *Transsexualität, Transidentität*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Richter-Appelt, H.** (2012a): Psychologische und psychotherapeutische Interventionen: In: Schweizer/Richter-Appelt (Hg.): *Intersexualität kontrovers*. Giesen: Psychosozial, S. 357-361.
- Richter-Appelt, H.** (2012b): Geschlechtsidentität und -dysphorie. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): *Aus Politik und Zeitgeschichte*. URL: <http://www.bpb.de/apuz/135438/geschlechtsidentitaet-und-dysphorie?p=alln> [01.08.2013].

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.

Schweizer, K. (2012): Identitätsbildung und Varianten der Geschlechtsidentität. In: Schweizer/Richter-Appelt (Hg.): Intersexualität kontrovers, Gießen: Psychosozial, S. 459-484.

Schweizer, K., Richter-Appelt, H. (2009): Leben mit Intersexualität. Behandlungserfahrungen, Geschlechtsidentität und Lebensqualität. In: Psychotherapie im Dialog, 10, S. 19-24.

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

122

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.

Thyen, U. u.a. (2006): Epidemiology and Initial Management of Ambiguous Genitalia at Birth in Germany. In: Horm Res 66, S. 195-203.

Thomas, B. (2006): unveröffentlichter Vortrag: 2nd International Symposium on Disorders of Sex Development (DSD), Lübeck.

Transsexuellengesetz (TSG): Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz - TSG). Bundesgesetz, 10.9.1980.

Voß, H.-J. (2010): Making Sex Revisited. Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive. Bielefeld: transcript.

WHO (Hg.): International classification of diseases (ICD). URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/index.htm> [20.06.2013].

Wiesemann, C. in Kooperation mit der Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität (2008): Ethische Grundsätze und Empfehlungen bei DSD, Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 156, S. 241-245.

Woweries, J. (2011a): Der provisorische Charakter des Geschlechts. In: Online-Diskurs. Deutscher Ethikrat zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland. Stellungnahme. URL: <http://diskurs.ethikrat.org/category/personenstandrecht/> [01.08.2013].

Woweries, J. (2011b): Die Befreiung aus den medizinischen Denksystemen. In: Online-Diskurs. Deutscher Ethikrat zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland. Stellungnahme. 2011. URL: <http://diskurs.ethikrat.org/category/medizinische-eingriffe/> [01.08.2013].

123

Woweries, J. (2011b): Die Befreiung aus den medizinischen Denksystemen. In: Online-Diskurs. Deutscher Ethikrat zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland. Stellungnahme. URL: <http://diskurs.ethikrat.org/category/medizinische-eingriffe/> [01.08.2013].

Zehnder, K., Streuli, J. (2012): Kampf der Diskurse? Unverständnis und Dialog

In: Richter-Appelt/Schweizer (Hg.) (2012): Intersexualität kontrovers. Giesen: Psychosozial, S. 404.

Zwitterforum: URL: <http://zwitterforum.ath.cx/index.php> [02.12.2013].