

Protokoll / Wortprotokoll

der öffentlichen Sitzung

des Ausschusses für Gesundheit und Verbraucherschutz

Sitzungsdatum: 29. April 2009
Sitzungsort: Hamburg, im Rathaus, Raum 151
Sitzungsdauer: 17:01 Uhr bis 20:08 Uhr
Vorsitz: Abg. Harald Krüger (CDU)
Schriftführung: Abg. Anja Domres (SPD)
Sachbearbeitung: Tatjana Breyer

Tagesordnung:

1. Politischer Handlungsbedarf bei der Regelung für ärztliche Behandlungen von Hermaphroditen (Selbstbefassung gemäß § 53 Absatz 2 GO)

Hier: Anhörung gemäß § 58 Absatz 2 GO

zusammen mit
Drs. 19/1993

Zwischengeschlechtliche Menschen
(Große Anfrage DIE LINKE)

und
Drs. 19/2413

Zwischengeschlechtliche Menschen
(Große Anfrage SPD)

2. Verschiedenes

Anwesende:

I. Ausschussmitglieder

Abg. Kersten Artus (Fraktion DIE LINKE)
Abg. Olaf Böttger (CDU)
Abg. Thomas Böwer (SPD)
Abg. Anja Domres (SPD)
Abg. Lydia Fischer (CDU)
Abg. Dr. Friederike Föcking (CDU)
Abg. Hanna Gienow (CDU)
Abg. Linda Heitmann (GAL)
Abg. Harald Krüger (CDU)
Abg. Dr. Monika Schaal (SPD)
Abg. Dr. Martin Schäfer (SPD)
Abg. Birgit Stöver (CDU)

II. Ständige Vertreterinnen und Vertreter

Abg. Alexandra Dinges-Dierig (CDU)

III. Senatsvertreterinnen und Senatsvertreter

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz

Frau ORR Andrea Sieper
Frau Wiss. Ang. Hildegard Esser

Behörde für Wissenschaft und Forschung

Frau RD'in Meike Johannsen

Justizbehörde

Herr VRiLG Rüdiger Streibel

IV. Auskunftspersonen

Lucie Veith, Intersexuelle Menschen e.V.
Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt, UKE, Institut für Sexuallforschung
Prof. Dr. Konstanze Plett, Universität Bremen, Institut für Rechtswissenschaften und Gender Law
Knut Werner-Rosen, Praxis für Psychotherapie
Dr. Oliver Tolmein, Kanzlei „Menschen und Rechte“
Prof. Dr. med. Olaf Hiort, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

V. Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Bürgerschaftskanzlei

Tatjana Breyer, Norbert Gans

VI. Vertreterinnen und Vertreter der Öffentlichkeit

Ca. 40 Personen

Zu TOP 1

Vorsitzender: So, ich würde mal vorschlagen, es ist jetzt nach der Saaluhr Punkt 17 Uhr, dass wir anfangen. Herzlich willkommen zu dieser Sitzung. Bevor ich Sie im Einzelnen begrüße – nicht, dass Sie irritiert sind, dass hier vorne Filmaufnahmen gemacht werden, das geht um einen Dokumentarfilm zum, genau zu dem Thema, das wir heute hier haben. Also es passt inhaltlich dazu, und so, jetzt während der Eröffnungsrunde und der Begrüßung, habe ich gesagt, bin ich einverstanden, dass hier Bilder gemacht werden. Ich habe allerdings auch die Hoffnung, dass wir dann auch irgendwann erfahren, wann und wo der Beitrag dann auch gesendet wird, weil uns das Thema sicherlich auch noch länger beschäftigen wird. Und dann machen wir anschließend auch dies etwas grelle Licht wieder – dämmen wir etwas und machen auch die Vorhänge wieder ran, um das schöne Frühlingswetter reinzulassen. Also wundern Sie sich nicht, das ist nicht die ganze Zeit so, und das ist der Grund, für die Filmaufnahmen.

Dann würde ich zunächst einmal natürlich ganz herzlich unsere Experten, unsere Gäste, begrüßen. Das ist einmal Frau Veith, die ich schon gesehen hab, herzlich willkommen; dann ist das Frau Professor Hertha Richter-Appelt vom UKE, auch Ihnen herzlich willkommen; Frau Professorin Plett, und ich hab gehört, Sie haben sich reichlich Unterstützung mitgebracht im Zuschauerraum, ist das richtig?

(Zwischenruf Frau Dr. Plett: Das passte gerade, weil heute Nachmittag mein Kursus gewesen wäre.)

Herr Rosen ist da, herzlich willkommen. Herr Dr. Tolmein sitzt mir auch gegenüber, und Herr Professor Hiort aus Lübeck ist zurzeit etwas verdeckt. Und wir hatten noch eingeladen Herrn Dr. Woweries, der schwer erkrankt ist, heute nicht da sein kann. Seine Ehefrau hat ihn entschuldigt. Ich denke, auch wenn ihn das nicht erreicht, unsere guten Wünsche sollte er zumindest bekommen, und das ist wohl eine ernsthafte Erkrankung. Insofern sind wir dann für heute komplett. Dann begrüße ich natürlich, ich hab das eben schon angekündigt, unsere Zuschauerinnen und Zuschauer, auch wenn es nicht alles Hamburger sind, aber das Thema ist ja spannend genug.

(Heiterkeit)

Ja, Hamburger sind natürlich immer unmittelbar betroffen, insofern freuen wir uns natürlich dann auch über Gäste, auch wenn es nicht um bremische Politik geht. So, und von den Behörden sind mir avisiert worden Frau Esser –

(Zwischenruf Frau Esser: Huhu, hier!)

Da ist sie. Ja, das liegt daran, ich guck immer so nach hinten.

(Zwischenruf Frau Esser: Ja, ich weiß, wir sind hierhin platziert worden.)

Das ist auch eine gute Idee, der Raum wird allmählich, selbst dieser große Raum wird allmählich eng. Und dann nehme ich an, in ihrer Begleitung ist Frau Sieper, ist das richtig? – Wunderbar. Von der Wissenschaftsbehörde Frau Johannsen.

(Zwischenruf Frau Johannsen: Hier hinten!)

Ganz hinten, in der allerletzten Reihe. Neben Frau Sieper ist auch noch ein Platz. Das kriegen wir, glaube ich, hin. Von der Justizbehörde Herr Streibel, der ist auch schon nach vorne gekommen. Und dann haben wir Frau Richter-Appelt schon vorhin als Expertin

benannt. Und dann begrüße ich natürlich ganz herzlich meine Kollegen hier zu meiner linken und zu meiner rechten Seite.

Und bevor wir in die Tagesordnung einsteigen – Sie sind sicherlich einverstanden, dass wir ein Wortprotokoll führen, das lässt sich dann, wenn wir bei der Auswertung Fragen haben, immer ein bisschen einfacher nachzuvollziehen und erleichtert es vermutlich auch für Frau Breyer oder diejenigen, die das Protokoll schreiben müssen.

Gut, so viel zur Einleitung. Sonst noch Formalien? Ich hatte Ihnen einen kleinen Gliederungsentwurf, damit wir es ein wenig strukturieren, zugeleitet, und ich denke, Sie sind einverstanden, wenn wir uns ein bisschen daran entlangarbeiten, damit dann auch die Experten nicht immer im Thema hin- und herspringen müssen, sondern wir so ein klein bisschen Gliederung bekommen.

Gut, dann würde ich vorschlagen, dass wir ins Thema einsteigen und würde dann Sie allerdings bitten, Aufnahmen jetzt einzustellen und dass wir wieder das künstliche Licht gegen das natürliche Licht austauschen. – Vielen Dank.

Und mein Vorschlag wäre, dass jeder von Ihnen ein ganz kurzes Eingangsstatement vielleicht abgibt, sagen wir drei, vier Minuten. Wir kommen jetzt zu den inhaltlichen Fragen ohnehin noch, und wenn jetzt irgendetwas vergessen wird, haben wir bestimmt noch genügend Gelegenheit, das im Laufe der Anhörung zu erörtern, aber dass man so eine kleine Positionsbestimmung schon mal machen kann. Und mein Vorschlag wäre, wenn Sie einverstanden sind, fangen wir einfach mit Frau Veith an und gehen so der Reihe dann nach weiter, ja?

(Zwischenruf: Wenn das Ding oben ist!)

Wenn das Ding oben ist, genau. Und während das Ding nach oben geht, die Bitte an die Experten: Wenn Sie etwas sagen, Sie haben alle ein Mikrofon vor sich, und es ist für uns alle und fürs Protokoll einfacher, wenn Sie es einfach einschalten dann – und vielleicht zunächst einmal auch dann fürs Protokoll einmal sagen, wer Sie sind, woher Sie kommen, damit wir es einmal zuordnen können. Und nun ist das Quietschen auch vorbei, und wir haben das überbrückt. – Frau Veith, bitte.

Frau Veith: Ja, mein Name ist Lucie Veith, ich bin erste Vorsitzende des Vereins Intersexuelle Menschen e.V. Wir sind ein Bundesverband und, ja, ich vertrete hier unseren Verein und die Selbsthilfe XY-Frauen. Ich bin selbst ein intersexueller Mensch und Überlebender eines Medizinversuches. Wir unterhalten uns hier, denke ich, über eine Gruppe von Menschen, die immer anders benannt wird. Zum einen sprechen wir über diese Hermaphroditen, intersexuelle Menschen, Menschen mit DSD, Männer mit DSD, Frauen mit DSD, Zwitter – was immer Sie wollen, Sie sprechen immer über die gleichen Menschen. Darin liegt eine Strategie, Verwirrung zu stiften, etwas nicht fassen zu können. Den Begriff Intersexualität gibt es seit dem Dritten Reich, der ist dort eingeführt worden. Ja, ich stehe hier für drei Gruppen von Menschen, einmal für die, die zukünftig geboren werden, das werden immer weniger, weil die Spätabtreibung eben auch für intersexuelle Menschen, ja, angewandt wird oder wir darunter fallen. Dann die Menschen, die schon leben, also die Kinder, und zwar nach 2001 geborenen, da haben wir nämlich eine Verjährungsrechtsreform gehabt im BGB, und da hat sich einiges geändert. Diese Menschen sind zum Teil aufgeklärt, zum Teil nicht aufgeklärt, also die Kinder sind in keinem Fall aufgeklärt, die haben es nämlich nicht verstanden, die wissen nämlich nicht, worum es geht. Die Eltern sind teilweise aufgeklärt oder auch nicht aufgeklärt oder falsch aufgeklärt. Es geht bis hin zur biologischen Unmöglichkeit, dass dort etwas angediehen wird, was gar nicht möglich ist.

Dann sprechen wir über eine große Gruppe von Überlebenden von Medizinversuchen der Jahre 1960 bis 2004. Das sind Menschen, die zu einem großen Teil nicht aufgeklärt sind. Professor Dr. Mau hat zum Beispiel auf dem Bundesärztekammertag am 20. Mai 2008 gesagt, dass es mehrere Zehntausend Menschen in der Bundesrepublik gibt, speziell in den Zentren, die in den Zentren behandelt worden sind, die über ihre Besonderheit, über ihr Leben noch nicht mal Bescheid wissen.

Wir sitzen hier, weil wir speziell hier in der Freien und Hansestadt Hamburg eine Tradition haben, die zurückgeht bis in den Mustergau, das ist leider so, Mustergau Hamburg im Dritten Reich, eine Fortführung von Humangenetik. An den Krankenhäusern wird heute nach wie vor operiert, obwohl es abgestritten wird, dass ohne Einwilligung operiert wird. Ich selbst bin ja an dem Schattenbericht, ja, so an dem Alternativbericht zum Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland am UN-Ausschuss beteiligt gewesen. Dieser Schattenbericht liegt Ihnen ja auch vor, den haben Sie auch bekommen. Es ist so, dass dieser Schattenbericht auch verhandelt worden ist am 02.02.2009 in Genf an der UN. Und dort hat man uns in großen Teilen recht gegeben, dass wir mit unseren Ausführungen und Forderungen also schon die richtige Rechtsauffassung haben. Und da hieß es ganz eindeutig, kein Mensch darf, kein intersexueller Mensch darf ohne seine Einwilligung und ohne umfassende Aufklärung irgendeiner geschlechtsangleichenden Maßnahme unterzogen werden. Kinder können sich nicht wehren. Es werden auch hier in Hamburg die Wünsche von Eltern – oder Eltern werden Möglichkeiten angetragen, die die Kinder nachher ausbaden dürfen, wenn man diese Kinder befragt. Wir haben ganz schöne Studien hier, die können – wir haben die Spezialisten ja auch hier am Tisch, die zeigen, dass das nicht immer hinhaut mit diesen Geschlechtsangleichungen. Und jetzt ist die große Frage, wie – oder unser Anliegen ist es eigentlich, diese Kinder zu schützen. Wie schaffen wir das, dass wir ein Kind schützen? Bisher ist es so, im Personenstand kennen wir nur männlich oder weiblich. Ist so ein Kind nicht 100 Prozent weiblich oder 100 Prozent männlich, dann wird es aber trotzdem zugewiesen binnen einer Woche. Und dann ist es ja, alles was abweichend ist, immer schon mal eine Krankheit. Und alles was wir an diesem Kind verrichten, ist ein Eingriff. Und wir halten das für ungeheuerlich, das hat ja Auswirkungen auf das Leben von Menschen. Und wer heute einen Säugling, einen xy-chromosomalen Säugling, oder ein Kind so zurichtet, dass anschließend dieses Kind penetrationsfähig ist, von einem Mann, dann muss ich sagen, dass ist eine Einstellung, die gehört vielleicht ins vorige Jahrhundert, oder auch nirgendwo hin. Das geht nicht. Und das müssen wir – ich bitte Sie wirklich, dieses Thema ernst zu nehmen. Sie werden viele gute schöne Dinge jetzt gleich hören, was man alles so Schönes macht. Ich kann Ihnen sagen, das sind Bekundungen. Wir haben tolle Ethikpapiere. Wenn die nicht eingehalten werden und Sie als Politiker Ihren Fachleuten nicht auf die Finger gucken, was hier in der Stadt läuft, dann werden wir dieser Geschichte nie ein Ende machen.

Ein weiterer Punkt ist, dass die alten Fälle ihre Unterlagen nicht bekommen, sie kommen nicht an ihre Krankenakten ran. Die sind verschwunden. Das ist nicht *ein* Fall, das sind mehrere Fälle. Von mir können Sie gerne eine eidesstattliche Versicherung haben, dass ich seit fünf Jahren versuche, diese meine Akte herauszubekommen aus dem UKE; das ist mir bis heute nicht gelungen. Ja, und wir brauchen Ihre Unterstützung! Das Gesetz oder das Recht kennt Intersexualität nicht und den intersexuellen Menschen. Wo Mann/Frau aufhört, das können wir gerne diskutieren, aber das kann nicht sein, dass wir Menschen normieren an irgendeinem Konstrukt – und Männer und Frauen sind nun mal nur Konstrukte – angleichen, ohne sie zu fragen, ohne sie zu informieren. – Danke.

Vorsitzender: Ja, vielen Dank erst mal. Also ich kann Ihnen sicherlich, ohne dass ich natürlich jetzt weiß, wie die Anhörung hier ausgeht und zu welchen Schlüssen die führt, sicherlich zwei Dinge sagen: das Erste, dass wir es in der Tat ernst nehmen, sonst hätten wir auch diese Veranstaltung heute nicht durchgeführt. Und Sie wissen ja auch, dass es von zwei Fraktionen, von der SPD und von der LINKEN, auch Anfragen zu diesem Thema gibt,

die sich also auch im Vorfeld schon inhaltlich damit auseinandergesetzt haben. Und deshalb kann ich Ihnen wirklich versichern, dass uns dieses Thema wirklich ernst ist, sonst, wie gesagt, wären wir heute alle hier auch nicht zusammengekommen. Und das Zweite ist, davon bin ich allerdings auch überzeugt, das wird heute auch nicht die letzte Veranstaltung sein, mit der wir uns mit dem Thema auseinandersetzen. Egal, was wir hier nachher besprechen oder an Schlussfolgerung ziehen, das wird sicherlich etwas sein, was man nicht von heute auf morgen umsetzen kann und was man vielleicht auch noch weiter durchdenken muss. Und von daher bin ich ganz sicher, dass uns dieses Thema auch weiter begleiten wird, und auch daran können Sie sicherlich sehen, dass das ein ernsthaftes Anliegen ist. Auch, wenn man Ergebnisse nicht immer gleich am nächsten Tag natürlich sieht, aber Sie haben ja eben grad aus Ihrer eigenen Geschichte berichtet, dass das manchmal auch viele Jahre dauert.

Ja, dann würde ich an Ihre Nachbarin gerne weitergeben, Frau Professor Richter-Appelt.

Frau Dr. Richter-Appelt: Ja, mein Name ist, wie gesagt, Hertha Richter-Appelt, ich bin Professorin am Institut für Sexualforschung am Zentrum für psychosoziale Medizin im UKE. Da bin ich schon sehr lange tätig, habe mich viele Jahre zunächst mit dem Thema Transsexualität beschäftigt. Unter Transsexuellen versteht man Menschen, die einen eindeutigen biologischen Körper haben, aber ihr subjektives Erleben mit diesem Körper nicht übereinstimmt. Das heißt, Sie haben einen biologischen Mann, der erlebt sich als Frau, oder Sie haben eine Frau, die hat den falschen Körper, andersrum formuliert. Bei der Diagnostik dieser Personen spielt das Ausschlusskriterium Intersexualität eine Rolle, also wir sprechen davon nur, wenn körperlich keine Auffälligkeiten da sind. Lange Jahre haben wir uns aber mit dem, was wir als Ausschlusskriterium bezeichnen, überhaupt nicht beschäftigt. Ich muss sagen, obwohl ich an diesem Institut seit vielen Jahren arbeite, hat bis zur Jahrhundertwende, Jahrtausendwende eigentlich das Thema Intersexualität keine Rolle gespielt. Um diese Zeit ist es, ausgelöst durch Betroffenenberichte, dazu gekommen, dass Spezialisten angefangen haben, sich für dieses Thema zu interessieren. Das hat zunächst dazu geführt, dass die Frage, was ist ein Mann, was ist eine Frau, neu überdacht werden musste. Nur, damit Sie wissen, um welche Fragen es da geht. Zum Beispiel die Frage, die gerade angesprochen wurde, muss eine Frau eigentlich eine Vagina oder eine Scheide haben. Oder kann eine Frau auch leben ohne eine Scheide? Muss ein Mann einen Penis haben? Wie groß darf die Klitoris einer Frau sein, oder ab welcher Größe muss ich sie korrigieren? Wie klein darf der Penis eines Mannes sein? Und wenn er zu klein ist, werden die Personen zu Frauen umgewandelt. Das waren die zentralen Fragen, die erst mal im Raum standen.

Anfang dieses Jahrhunderts oder Jahrtausends gab es in Deutschland, zumindest für die Personen, die einen XY-Chromosomensatz haben, keine Studien bei Erwachsenen, die irgendetwas über die Lebensläufe dieser Personen hätten aussagen können. Und das hat uns dazu veranlasst, zunächst gemeinsam mit der Kinderklinik in Lübeck, wo Herr Hiort tätig ist, der selber sagen wird, wofür er Spezialist ist, mit ihnen gemeinsam das Thema aufzugreifen. Und wir in Hamburg haben uns spezialisiert auf erwachsene Personen mit Intersexualität und haben als Thema für unser Forschungsprojekt folgenden Titel gewählt: „Lebensqualität und Behandlungserfahrungen von erwachsenen Personen mit Intersexualität“. Es war gar nicht einfach, überhaupt Menschen zu finden. Das liegt daran, dass bis vor Kurzem Personen, die betroffen sind, in der Behandlung mitgeteilt bekommen haben, dass sie unter keinen Umständen auch nur irgendjemandem in ihrem Umfeld sagen sollen, was mit ihnen los ist, in der Hoffnung, es würde auch keiner merken. Was aber dazu geführt hat, dass betroffene Personen ein Leben geführt haben, das, wenn Sie so wollen, zwiegespalten war. Nämlich wenn eine Person mit Intersexualität oder ein Kind mit Intersexualität in die Klinik gekommen ist – das sind jetzt Berichte, die wir aus unserer Studie haben –, war es so, dass oft die ganze Klinik zusammengetrommelt wurde, um sich dieses Kind im wahrsten Sinne des Wortes anzuschauen. Und im Gegensatz dazu, hat das Kind die

Klinik verlassen und kaum war das Kind aus der Klinik draußen, sollte keiner wissen, was mit diesem Kind los ist. Und Sie können sich vorstellen, dass diese Aufspaltung zu einer extremen Belastung von diesen Personen geführt hat. Wenn ich zu den Belastungen komme, ich glaube, man kann sich vorstellen, im Wesentlichen gibt es, wenn man so will, drei Belastungen. Es gibt Belastungen durch den Körper, durch körperliche Vorgänge, die sicherlich erschreckend sind, wenn sie nicht so verlaufen, wie man sie zunächst mal erwartet. Es gibt Belastungen durch psychische Faktoren, nämlich die Frage, bin ich eigentlich anders als die anderen? Warum bin ich anders? Inwiefern bin ich anders? Und ich glaube, nicht zu unterschätzen, und das ist wahrscheinlich der wichtigste Punkt in der Auseinandersetzung: Was denkt eigentlich die Umwelt über Personen, die nicht eindeutig männlich oder weiblich sind?

Wenn ich hier anschließen darf: Die Behandlungsrichtlinien waren in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts eindeutig so, dass man gesagt hat, eine Person, die nicht eindeutig ist, soll man möglichst eindeutig machen. Dazu gehörte auf der einen Seite medizinische Maßnahmen im Sinne von Hormonbehandlungen und Operationen, aber auch von psychologischer Seite her eine eindeutige Erziehung eines kleinen Kindes als Mädchen oder Junge. Das heißt, das Kind wurde erst mal körperlich angepasst soweit es ging an ein Geschlecht und in diesem Geschlecht auch erzogen. Ein Ergebnis unserer Studie ist, dass man, wenn man das Genitale anpasst an Mann oder Frau, aus diesen Personen noch nicht eindeutige Männer oder Frauen machen kann. Wir wissen heute, dass auch das Gehirn und andere Faktoren mit dazu beitragen, ob sich jemand männlich, weiblich oder dazwischen erlebt. Und viele haben berichtet, dass die Aufforderung, möglichst unauffällig als Mann oder Frau durch das Leben zu gehen, für sie eine große Schwierigkeit dargestellt hat, weil sie sich immer auch anders erlebt haben. Das heißt also, in der Betrachtung des Phänomens, wenn ich das so sagen darf, spielte die Eindeutigkeit entweder Mann oder Frau eine wichtige Rolle.

Ja, wir haben eine Studie durchgeführt, haben erwachsene Personen befragt. Befragt wurden ungefähr, ich glaube, 78 Personen. Nicht alle konnten wir eindeutig diagnostizieren. Wir haben nur Personen in unsere Auswertung der Studie dann aufgenommen, wo wir auch wirklich einen medizinischen Befund hatten und wirklich nachweisen konnten, was mit ihnen los ist. Ganz wichtig ist dabei, man spricht immer von Intersexualität, und wenn man wenig darüber weiß, denkt man, das ist ein einheitliches Phänomen – es ist ein extrem heterogenes Phänomen! Sie haben eine ganze Reihe von unterschiedlichen Diagnosen, und je nachdem, um welche Diagnose es sich handelt, wird man auch sehr unterschiedlich behandeln müssen, unterschiedlich mit dem Phänomen umgehen können. Und ich möchte abschließend Ihnen deutlich machen an einem Beispiel, wie schwierig das oft ist. Es gibt Patienten mit einer sogenannten androgenen Biosynthesestörung. Die kommen in der Regel unauffällig als Mädchen zur Welt, etwas vielleicht eine vergrößerte Klitoris, aber sonst sind sie relativ unauffällig. Und das sind Kinder, die, wenn man sie nicht behandelt oder nicht eingreift, in der Pubertät vermännlichen. Das heißt, die haben erst mal ein paar Jahre, wo sie als Mädchen leben, in unserer Gesellschaft auch erst mal als Mädchen integriert sind, und wenn man nicht behandelt, werden sie zu Jungen. Nun gibt es verschiedene Möglichkeiten. Ich kann entweder sagen, wenn ich die Diagnose früh stelle, dass ich sag, wenn die später mal als Jungen leben, dann versuche ich, sie doch gleich als Junge zu erziehen, womöglich auch zu behandeln. Das wäre eine Möglichkeit. Die zweite Möglichkeit wäre, ich sage, wenn ich weiß, dieses Kind wird mal vermännlichen, dann verhindere ich diese Vermännlichung, das heißt, in der Pubertät werden die Keimdrüsen entfernt, und dieses Kind, das als Mädchen gelebt hat, soll dann auch als Frau weiter leben. Und die dritte Variante, die immer in unserer Gesellschaft eher negativ bewertet wird, wäre ja ein Geschlechtswechsel. Ich kann sagen, eine eindeutige Antwort auf die Frage, wie wir diese Leute behandeln sollen, haben wir eigentlich bis heute nicht. Aber ich glaube, an diesem Beispiel wird deutlich, wie schwierig es oft ist, zu entscheiden, welche Behandlungsschritte man vornehmen soll. – So weit erst mal.

Vorsitzender: Ja, vielen Dank, wobei ich denke, gerade weil es eine so heterogene Gruppe der Betroffenen ist, macht die Komplexität des Themas es, glaube ich, auch so schwierig für uns, uns dem zu nähern, nicht? Also, es geht mir jedenfalls so. Aber vielleicht gelingt uns da ja heute ein Schritt in die richtige Richtung. – Frau Professor Plett.

Frau Dr. Plett: Ja, mein Name ist Konstanze Plett, ich bin Juristin und seit etwa zehn Jahren mit diesem Thema beschäftigt. Ich lehre am Fachbereich Rechtswissenschaft der Universität Bremen und zugleich dort auch an einem Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung. Gekommen bin ich auf dieses Thema aus der Beschäftigung mit Gleichberechtigungsfragen heraus, woraus dann die Frage resultierte, ja, was unterscheidet die Geschlechter überhaupt, und hat das Recht da einen Einfluss drauf? Wo im Recht ist geregelt, wer ist Mann, wer ist Frau, oder da es ja auch Kinder betrifft und für die wir noch nicht die Begriffe Mann und Frau verwenden würden, sondern männlich, weiblich. Und erstaunlicherweise ist es im Recht nirgendwo geregelt. Das Recht verwendet zwar die Begriffe Geschlecht, im Personenstandsgesetz wird auch gefordert, dass bei der Registration von Neugeborenen das Geschlecht eingetragen wird, aber welches Wort da eingetragen wird, das ist weder im Gesetz geregelt noch in der bundeseinheitlichen Verwaltungsvorschrift „Dienstanweisung für die Standesbeamten und ihre Aufsichtsbehörden“. Sondern da steht nur drin, in Zweifelsfällen sind die Hebammen oder die bei der Geburt zugegen gewesenen Ärzte zu konsultieren. Wir sind hier mit einer Frage beschäftigt, die mehrere Disziplinen betrifft, und von daher wäre es vielleicht auch gar nicht schlecht gewesen, wenn der gesundheitspolitische Ausschuss hier auch wäre. Aber Sie sagten ja, es wird sicher eine Fortsetzung finden – der gesundheitspolitische ist hier, wenn der rechtspolitische Ausschuss beteiligt gewesen wäre. Also, als Juristin habe ich dann festgestellt, das Recht gibt keine Antwort, und war dann sehr überrascht, als ich schon Ende der Neunzigerjahre dann mal den Blick in die Rechtshistorie getan habe und im Preußischen Allgemeinen Landrecht eine Bestimmung darüber gefunden habe, wie mit Zwittern umzugehen sei; das ist also der alte Rechtsbegriff. Aber das war natürlich vor über 200 Jahren noch eine andere Zeit. Es gab noch nicht die Standesämter, das Recht überließ es den Eltern, zu welchem Geschlecht sie ihre Kinder erziehen wollte, und gab aber immerhin – und das wäre eine Überlegung, die heute durchaus, denke ich, angestellt werden könnte –, 18-jährigen Zwittern das Recht, sich auch gegen ihre Eltern zu entscheiden, also es stellte es in die Autonomie der betroffenen Individuen. Es gab da noch eine Klausel, unter denen Sachverständige eingeschaltet werden konnten, aber zusammenfassend lässt sich sagen, historisch gesehen war das „Zwittertum“, eine Privatangelegenheit und der Staat hat sich nicht eingemischt. Das wurde 100 Jahre später mit der Einführung der Standesämter, die das Geschlecht gleich bei der Geburt erfassten, anders. Und noch mal, also, die sind ja 1875 eingeführt worden, noch mal 25 Jahre später trat das Bürgerliche Gesetzbuch in Kraft und löste das Preußische Allgemeine Landrecht endgültig in den Teilen ab, die noch gegolten hatten. Und zu der Zeit wurde davon ausgegangen, Zwitter oder Hermaphroditen gibt es sowieso nicht, jeder Mensch ist mindestens überwiegend das eine oder das andere, also die Gesellschaft ist nur in zwei Geschlechter geteilt. Dieses findet sich heute noch darin, dass, wenn man sozusagen von der gesetzlichen Lage dann weiter runtergeht – wo steht geschrieben, jetzt für Juristen/Juristinnen oder Menschen in einer Verwaltung, die Recht anzuwenden haben, dass es nur Männer und Frauen geben darf –, das findet sich, wie gesagt, weder im Gesetz noch in der Dienstanweisung, sondern erst in einem Kommentar, wie diese Normen zu handhaben seien. Erfreulicherweise – also dort steht nämlich, dass Zwitter kein Begriff des deutschen Rechts ist. Richtig daran ist, des geltenden nicht, sondern nur des historischen. Aber in der neuesten Auflage findet sich immerhin die Anmerkung dazu, dass in zwei – also wenn es nicht feststellbar ist, dann ist es eben nicht feststellbar! Bislang war es so.

Also, ich hab jetzt bisher nur die rechtliche Seite beleuchtet, aber es ist natürlich auch eine gesellschaftliche Angelegenheit, wo verschiedene Bereiche ineinanderspielen, und in der Vergangenheit war es wohl teilweise auch so, dass gesellschaftliche Kreise, der

medizinischen Profession Angehörige schon dachten, das Standesamt will ja wissen, ist es ein Knabe oder ein Mädchen und wir müssen eine Antwort geben, und dass vielleicht auch zu wenig Mut vorhanden war, die Antwort zu geben: Wir können es nicht sagen! Das vielleicht nur eine Vermutung, aber da können wir vielleicht nachher noch weiter darüber diskutieren.

Aus heutiger Sicht, also seit der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts, in der sich die Menschenrechte weiter ausgeprägt haben, sind natürlich auch Dinge wie Zwangsregistrierung, Operation an Minderjährigen, die für sich selber noch gar nicht reden können, im Lichte der Menschenrechte zu betrachten. Und da will ich jetzt nicht zu lange reden, deshalb nur der Hinweis.

Das Thema der heutigen Verhandlung lautet „Politischer Handlungsbedarf bei der Regelung für ärztliche Behandlungen von Hermaphroditen“. Aus meiner Sicht gehört zum politischen Bedarf auch immer rechtspolitischer Bedarf, weil ja vieles in einem Rechtsstaat eine rechtliche Grundlage braucht. Und ich habe mir einige Forderungen oder Regelungen überlegt, die vielleicht ja auch von diesem Ausschuss vorgeschlagen werden könnten. Es ist – gut, wir sind hier in Hamburg, es ist teils Landesrecht betroffen, da sind Sie unmittelbar zuständig. Soweit Bundesrecht betroffen ist, könnte ja aber Hamburg auch immerhin über den Bundesrat aktiv werden. Ich sehe es auch im Anschluss an das, was Frau Richter-Appelt gesagt hat, als eine wichtige Aufgabe an, dass über diese Kondition, mit der Menschen auf die Welt kommen können, dass also nicht alle Menschen 100 Prozent eindeutig das eine oder das andere sind, in Ausbildungsordnungen, die normiert sind, überwiegend durchgesetzt – oder dass eine Anpassung dieser Ausbildungsordnung, dass dieses ins Pflichtcurriculum für alle Beteiligten hineinkommt. Damit alle, wenn sie das erste Mal damit konfrontiert sind, gleich wissen, woran sie sind, und dass es etwas ist, wozu man nicht sagen kann, „nicht sein kann, was nicht sein darf“.

Dass Weiterbildungsmaßnahmen gefördert werden, dass Dokumentationspflichten, vielleicht auch längere Aktenaufbewahrungszeiten geregelt werden. Unter dem Aspekt, dass Betroffene ja erst mal volljährig werden müssen und teilweise auch noch erst viel später von ihrer Kondition erfahren – dass die ihr Recht auf Akteneinsicht und Information über ihre eigene Kondition, Konstitution und was ihnen geschehen ist, werden nachvollziehen können. Zugleich würde eine solche längere Aufbewahrungspflicht ja auch dem Schutz des ärztlichen und sonstigen medizinischen Personals dienen. Dass da also das wirklich auch geregelt ist.

Ich hätte noch ein paar weitere kleinere Forderungen, aber die kann ich dann, wenn das Thema hier zur Sprache kommt, auch noch erwähnen. – Danke schön.

Vorsitzender: Ja, vielen Dank. Herr Werner-Rosen, Sie hatten uns ja auch ein Papier zukommen lassen. Ich glaube, alle Kollegen haben die auf den Tischen gefunden. Ich guck mal so – es schüttelt keiner den Kopf, dann scheint das so zu sein. Aber Sie werden darüber hinaus vielleicht auch noch ein paar Eingangsworte für uns haben.

Herr Werner-Rosen: Ja, schönen guten Tag. Erst mal möchte ich mich bedanken, dass die Hamburgische Bürgerschaft, dieses Thema überhaupt auf die Tagesordnung gesetzt hat. Ich glaube, das ist das erste Bundesland, was das auch gemacht hat. Und ja, das fand ich beachtlich, und vielleicht werden auch andere folgen. Mein Name ist Knut Werner-Rosen, ich komme aus Berlin, ich bin niedergelassener psychologischer Psychotherapeut, also für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, seit gut zehn Jahren mit dem Thema Intersexualität befasst, das heißt so in Zahlen ausgedrückt, zwölf Wochenstunden mit dem Thema Intersexualität. Ich kooperiere sehr eng mit bestimmten Referenzzentren zusammen, mit der Charité, mit der Kinderklinik in Magdeburg und seit einiger Zeit auch schon mit Innsbruck, weil die dann auch an so einer Fortbildung interessiert sind. Und ich bin, wie gesagt, vor über

zehn Jahren mit einem Fall von Intersexualität konfrontiert, ich wusste auch gar nicht, um was es da drehte. Mir wurde ein Kind überwiesen, das dann offensichtlich so eine Störung hat. Und bei der Analyse stellte sich raus, dass es ein Initialerlebnis gegeben hat bei der Mutter, die gewissermaßen das ganze Eltern-Kind-Verhältnis sehr geprägt hat. Das Kind war damals sieben Jahre alt. Ich hatte eine genaue Analyse gemacht, und die Mutter schilderte immer: Wenn ich das Kind auf den Schoß nehme, muss ich immer an ihre Behinderung denken. Man kann sich vorstellen, dass eine Eltern-Kind-Beziehung, die von der Voraussetzung ausgeht, mein Kind ist behindert, und das als Filter in der Beziehung wirksam ist, hat das gewaltige Auswirkungen. Was in diesem Falle auch der Fall war. Und dann stellte ich also relativ schnell fest, dass, denn die anderen Therapien erfolgten dann doch relativ rasch, dass immer wieder diese initiale Situation festzustellen war, dass wenn Eltern mit dem intersexuellen Genitale, ich reduziere das jetzt mal da drauf, oder auch in der Diagnose, konfrontiert war, dass es eine existenzielle Krise ausgelöst hat, oder zumindest in der Art. Und das veranlasste mich, mein Behandlungskonzept dahin zu entwickeln, dass offensichtlich die Eltern in dem gesamten Behandlungsspektrum in der Klinik, in Medizin die vernachlässigte Größe ist. Und daraufhin habe ich mit der Charité ein Konzept entwickelt, das sogenannte Berliner Modell. Das habe ich Ihnen in der Tischvorlage auch verteilen lassen. Es muss ein Modell geben, in dem die Eltern eine Möglichkeit haben, dieses Erlebnis irgendwie verarbeiten zu können. Wenn es *ein* Ziel gibt, was uns vielleicht hier vereinigt, ich hab – vor zwei Wochen gab es im Spiegel „wie Kindern das Leben gelingt“, heißt es, und wenn man das jetzt mal runterbricht auf diese Fragestellung, die hier zur Diskussion steht, wie gelingt Kindern das Leben unter der Kondition von Intersexualität, dann gilt nach wie vor das, was der Spiegel prognostiziert hat, „das starke Ich“. Und das ist ja nun eine eminent psychologische Größe. Und die ganzen therapeutischen Interventionen, die notwendig sind psychologisch, psychotherapeutischen Interventionen, zielt auf dieses starke Ich in einer Eltern-Kind-Beziehung. Nun kann man sich vorstellen, wenn da ein Filter dazwischen ist zwischen Eltern und Kindern, dann kann sich nicht ohne Weiteres dieses starke Ich, was diese Kinder in besonderem Maße brauchen, nicht entwickeln. Also das ist die erste Situation. Ich nannte die Situation aufgrund meiner vielen Erfahrungen, die ich dann machte, als Geburtstrauma der Eltern. Das ist ein hypothetischer Begriff. Aber die Eltern müssen instand gesetzt werden, mit diesem Problem fertig zu werden.

Die andere kardinale Situation von ähnlichen existenziellen Ausmaßen ist die Entscheidung über das Erziehungsgeschlecht. Und dann die dritte Variable gewissermaßen die, in welchem gesellschaftlichen Kontext muss ich mich bewegen? Wir haben da schon einige sehr eindrucksvolle Beiträge dazu gehört. Und in allen – und wenn ich mir den psychologischen Handlungsbedarf noch mal genauer angucke, dann besteht erstens hinsichtlich der psychologischen Versorgung dieser Eltern, die ja die gesamte Erziehungsarbeit leisten müssen – unter welchen Bedingungen –, besteht eine erhebliche Versorgungslücke, die nur Psychologen schließen können. Denn seelische Bewältigungsmechanismen zu entwickeln, um so ein schwerwiegendes Problem zu lösen, fällt nicht in den Bereich der Schulmedizin beispielsweise, auch nicht ohne Weiteres in den Bereich der Pädagogik. Das ist die erste Barriere. Es besteht bundesweit eine Versorgungslücke im Bezug auf Psychologie für die Eltern. Zweitens besteht eine Versorgungslücke von Psychologen- und Psychologinnenkompetenz, die überhaupt zur Verfügung stehen könnten, diese Arbeit zu leisten mit den Eltern. Und dann, drittens, es besteht ein Aufklärungsdefizit. Und da gibt es auch eine ganze Reihe Initiativen. Und wir haben zu allen drei – in allen Bereichen sehe ich einen politischen Handlungsbedarf, in allen dreien ist auch Vorarbeiten geleistet worden. Das Berliner Modell ist entwickelt worden im Zusammenhang mit der Charité. Es gehen ethische Grundsätze und Leitlinien, die liegen Ihnen als Tischvorlage auch da auch vor, in denen im Grunde genommen formuliert sind: Somatische Versorgung und gute elterliche Kindbeziehung sind zwei gleichrangige Behandlungsziele. Also, das sind wichtige Voraussetzungen. Die müssen nur angewandt werden! Und da sehe ich das größte Problem. Und dann im Bezug auf das Aufklärungsdefizit wird sich jetzt eine Arbeitsgruppe, oder ein Arbeitskreis, konstituieren, um das Thema Intersexualität in den Schulunterricht mit zu integrieren und zu etablieren.

Vorsitzender: Ja, vielen Dank. – Herr Dr. Tolmein.

Herr Dr. Tolmein: Ja, da kann ich vielleicht gleich anknüpfen. Ich bin Oliver Tolmein, ich bin Rechtsanwalt in der Kanzlei „Menschen und Rechte“, die hier in Hamburg ihren Sitz hat. Wir machen schwerpunktmäßig Behindertenrecht, Antidiskriminierungsrecht und Medizinrecht. Ich selbst bin auch noch als Journalist tätig und als Journalist Mitte der Neunzigerjahre erstmals mit dem Thema, das wir hier verhandeln, konfrontiert worden. Ich habe zusammen mit einem Kollegen und mehreren Betroffenen einen Dokumentarfilm zu dem Thema gemacht, der heißt „Das verordnete Geschlecht“. Ich denke, dass ganz deutlich ist, wenn man sich das Thema anschaut und anschaut, dass es hier eine Anhörung wie diese heute gibt, dass wir wenigstens ein Stück vorangekommen sind in der ganzen Auseinandersetzung mit diesem Thema, und das ist natürlich erfreulich. Es ist auf der anderen Seite aber auch so, dass heute sehr häufig gesagt wird, na ja, heute ist irgendwie alles gut, heute reden wir über Leitlinien, Aufklärung, heute passiert das alles nicht mehr, das, was früher einmal war. Und ich glaube, dass wichtig ist als Grundlage für eine weitere Beschäftigung mit diesem Thema, dass das, was in den Fünfziger- und Sechzigerjahren und zum Teil natürlich auch davor geschehen ist, wie dort mit intersexuellen Menschen oder mit Zwittern, mit Hermaphroditen verfahren wurde, nämlich medizinisch äußerst gewalttätig, wenn man sich die Erfahrungs- und Erlebnisberichte aus dieser Zeit anhört, dass das als Unrecht und auch als medizinisches Unrecht zur Kenntnis genommen wird und akzeptiert und anerkannt wird. Frau Veith hat das sehr deutlich gesagt, der hat gesagt, ich bin Überlebender eines Medizinversuches, und ich denke, das muss man sich ein Stück weit – das muss man auch einfach mal so anerkennen. Interessant ist, dass zu uns in die Kanzlei beispielsweise sehr viele Menschen kommen, die Schadensersatzprozesse führen möchten gegen ihre Ärztinnen und Ärzte, die behandelnden, und zwar nicht in erster Linie, um reich und glücklich zu werden, sondern damit anerkannt wird, dass das, was damals an ihnen praktiziert worden ist, was sie durchlitten und durchlebt haben, dass das eben keine Standardbehandlung, keine medizinischen Heileingriffe waren, sondern dass das eben genau das war: Medizinversuche – wie geht man mit so einer Gruppe von Menschen, Zwittern um, was könnte man da machen, wie kann man sie einem Geschlecht zuweisen, wie kann man damit umgehen, dass sie keines von den beiden anerkannten Geschlechtern haben. Und ich denke, dieses Experimentelle, dieses Versuchsmäßige, dass dazu geführt hat, dass Menschen hier schwer leiden müssen und mussten, das muss in irgendeiner Art und Weise reflektiert und dann auch zu irgendwelchen Konsequenzen führen. Das Problem ist, die Akten, auch das hat Lucie Veith gesagt, sind größtenteils nicht zugänglich, nur teilweise zugänglich, sind zum Teil verschwunden. Beispielsweise im UKE gibt es eine neue Aktenordnung, die dazu führt, dass eben Akten, die, ich glaube, älter als 20 Jahre alt sind, vernichtet worden sind. Mal unabhängig von der Frage, ob sie tatsächlich vernichtet worden sind oder nur nicht mehr rausgerückt werden, ist das natürlich etwas, was dazu führt, dass Unrecht einfach perpetuiert wird, dass es auch den Betroffenen erheblich erschwert wird, ihr Recht hier geltend zu machen. Und ich denke, dass deswegen zum Beispiel eine Initiative sein könnte, dass eine politische Institution wie die Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg dieses Unrecht einfach mal als solches anerkennt – Beispiel, die ja auch hier als Mitträgerin des Universitätsklinikums Eppendorf hier auch in Erscheinung tritt. Man könnte daran denken, dass es beispielsweise, ähnlich wie bei den Contergan-Geschädigten, eine Stiftung gibt, die sagt, hier ist ein Unrecht begangen worden, das muss in irgendeiner Art und Weise auch entschädigt werden, und zwar öffentlich-rechtlich. Das ist keine Sache, wo man jetzt lauter Betroffene in einzelne, sehr aufwendige, sehr sehr langwierige und schmerzhaftes Schadensersatzprozesse mit ungewisser Beweislage schicken kann. Es ist letzten Endes auch gar nicht mal unbedingt nur eine Sache der einzelnen behandelnden Ärzte und Ärztinnen damals, sondern es ist eine Frage auch von gesellschaftlichen Vorstellungen, auf die man dann auch später, wenn man sie als falsch erkennt, gesellschaftlich reagiert. Und wenn das passieren würde, wäre das auch ein Wegweiser für das, was im Augenblick an

Standards passiert. Wenn man nämlich anerkennt, dass in der Historie, in der Vergangenheit hier in diesem Bereich grobes Unrecht begangen worden ist, dann könnte man natürlich auch sehr viel besser sich überlegen und akzeptieren, dass heute diese Menschen einfach anerkannt werden als das, was sie sind, nämlich Menschen, die irgendwelche Besonderheiten haben. Besonderheiten, wie sie in unterschiedlicher Ausprägung ja viele Menschen dieser Gesellschaft haben, wie Transsexuelle, Intersexuelle, Menschen mit Behinderungen, mit körperlichen Behinderungen, mit ich weiß nicht was, speziellen Hautfarben oder sonst was. Wir haben ja – wir leben ja in einer Gesellschaft, die durch die Antidiskriminierungsgesetzgebung und durch Bemühungen, eben solche Unterschiedlichkeiten zunehmend anzuerkennen, geprägt ist. Und ich denke, das wäre ein ganz wichtiger Punkt.

Ein weiterer wichtiger Punkt, den man sich bei so was klarmachen muss, ist, dass eben diese politischen Voraussetzungen für eine gesellschaftliche Anerkennung, die dann auch Auswirkungen auf die individuelle Gesundheit, das individuelle Wohlbefinden haben, dass die in sehr sehr vielen verschiedenen Bereichen des Lebens auftauchen. Beispielsweise haben wir derzeit einen Rechtsstreit, wo es um die Frage geht, kann ein intersexueller Mensch Polizist werden? Ein intersexueller – das ist nun zufälligerweise kein Hamburger, sondern ein Schleswig-Holsteinischer Rechtsstreit – nur, er wird in Hamburg ganz genau das gleiche Problem haben. Nach den Polizeidienstvorschriften wäre es nämlich *nicht* möglich, weil, dann müsste erstens die Entscheidung getroffen werden, ist dieser intersexuelle Mensch denn nun ein Mann oder eine Frau? Und dann wäre zum Zweiten die Frage, ja, wie ist denn das mit dem Hormonhaushalt? Und da gibt es eine spezielle Vorschrift im Polizeidienstrecht, die halt zum Beispiel sagt, also, wenn es jetzt ein Mann sein soll, dann muss dort auch ein voll funktionsfähiger Hormonhaushalt sein, das heißt, dann darf es keine Hormonsubstitution und Ähnliches geben – mit dem Ergebnis, intersexuelle Menschen könnten aller Voraussicht nach eben diesen Polizeidienstvorschriften nicht Polizisten werden. Was ist das für ein gesellschaftliches Signal, ja? Und ich denke, das sind Punkte, an denen muss man ansetzen und da gibt es eine ganze Menge zu tun.

Und ein dritter Bereich ist, das ist, denke ich, im Augenblick eine ganz vordringliche Geschichte, man muss Sensibilitäten im Bereich der Pädiatrie schaffen. Wir haben ja im Bürgerlichen Gesetzbuch zum Beispiel einen Paragraphen 1631 c, der sagt, Sterilisation ist verboten. Der wird gemeinhin so kommentiert, dass eine absichtliche Sterilisation verboten ist, aber natürlich ist das, was als Heileingriffe bei intersexuellen Menschen gemacht wird, nichts anderes als ein ähnlich gravierender Eingriff wie eine Sterilisation, auch wenn das Ziel möglicherweise nicht die Sterilisation ist. Das zeigt aber, es gibt hier im Bereich des bürgerlichen Rechts durchaus Vorschriften, die auch den Elterneinwilligungen Grenzen setzen, ja, und ich glaube, dort nämlich, wo irreversible Eingriffe gemacht werden, die später auch von den Kindern nicht mehr in irgendeiner Art und Weise, ja, ausgeglichen werden können. Ich glaube, dieses Kriterium der Reversibilität, das ist ein Kriterium, was in der Behandlung von intersexuellen Menschen möglicherweise auch rechtlich in irgendeiner Art und Weise normiert werden muss. Es muss deutlich werden, dass hier – das Beispiel, das Frau Richter-Appelt vorhin vorgetragen hat, ist ja ganz eindrucksvoll. Natürlich ist es sehr schwierig, am grünen Tisch und insbesondere noch am politischen grünen Tisch jetzt zu sagen, das ist das Richtige, *das* ist die richtige Behandlungsmethode oder *diese*. Ich denke aber, man kann sich klar darüber werden, dass jedenfalls eine Behandlungsmethode, die es für das Kind später unmöglich macht, einen anderen Weg einzuschlagen, dass das sicherlich eine falsche Behandlungsmethode ist und dass man hier auch versuchen müsste, medizinrechtlich bestimmte Grenzen zu ziehen. Und ich glaube, diesen feinen Weg, diesen Weg, dass man sagt, es gibt dort einfach etwas, wo es nicht immer geradeaus weitergehen kann, wo auch eine Einwilligung von Eltern nicht unbedingt alles rechtfertigen kann, das ist im Bereich Intersexualität und Hermaphroditismus im Augenblick dringend angesagt.

Vorsitzender: Ja, vielen Dank. Und dann zum Ende dieser ersten Runde Herr Professor Hiort.

Herr Dr. Hiort: Ja, meine Name ist Olaf Hiort, ich bin Arzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin mit Fachrichtung Hormonstörung, also Endokrinologie, und habe eine Universitätsprofessur an der Universität zu Lübeck inne. Ich beschäftige mich seit 1990, seit Beginn meiner Ausbildung, mit dem Thema Störungen der Geschlechtsentwicklung und habe das immer als sehr interessant und auch bereichernd gefunden. Wenn man gerade die Aussagen meiner Vorredner sieht, dann gibt es hier, glaube ich, zwei Belange, die zu sehen sind. Das eine ist, dass Störungen der Geschlechtsentwicklung einfach zu den seltenen angeborenen Störungen oder Abweichungen gehören. Es gibt per Definition über 5.000 seltene Erkrankungen oder Störungen, die gelistet sind und in verschiedenen Datenbanken und so weiter und so fort erfragbar sind. Und wie wir bereits gehört haben, sind Störungen der Geschlechtsentwicklung ein sehr heterogener Pol, die biologisch unterschiedlich begründet sein können, mit einigen Formen, die so selten sind, dass nur wenige Fälle auf der ganzen Welt beschrieben worden sind. Einige Fälle davon können mit akuten, sogar lebensbedrohlichen Erkrankungsentitäten einhergehen, andere wiederum nicht. Das muss man auch wissen, wenn man über die Behandlungsstrategien spricht.

Ich habe im Rahmen meiner Zeit einige nationale und auch internationale Forschungsprojekte geführt, zurzeit ein europäisches Netzwerkprojekt, was im Siebten EU-Rahmenprogramm aktuell gefördert wird, und sehe einfach, dass die Forschungsaktivitäten im Bereich der seltenen Erkrankungen massiv zugenommen haben und hier eine große Unterstützung besteht, dass wir aber im Gesundheitswesen, also in der Übersetzung in die Betreuung dieser Menschen einfach erhebliche Defizite haben. Das geht von daher alleine los, dass man die Diagnosen gar nicht verschlüsseln, also begründen kann, dass Diagnosen auch immer Geschlechtern zugeordnet werden und in dem heutigen System gar nicht erfassbar sind. Wir haben also eigentlich zwei große Dinge: Das eine ist nämlich die generelle Einordnung in seltene Erkrankungen angeborener Störungen, wie gesagt, 5.000 sind mindestens bekannt. Und hierfür Mechanismen zu finden, die Qualitätssicherung eigentlich angehen – wer darf was wie tun, welche Evidenz kann man im Bereich der seltenen Störungen/Erkrankungen finden? –, das ist ein politischer Auftrag, ganz klar, den man lösen muss. Wie können sich hier einfach – wie kann sich die Evidenz erhöhen, wer darf was tun? Das ist in Deutschland überhaupt nicht geregelt. Und dann gibt es sicherlich Besonderheiten zur Störung der Geschlechtsentwicklung. Ich benutze diesen Begriff einfach, wir haben ihn biologisch geprägt auf einer Konsensuskonferenz 2005 in den USA, einfach weil er biologisch die Dinge erklärt, eine Abweichung in einer bestimmten Entwicklung des Menschen. Aber dahintersteckt, und das haben meine Vorredner ja auch gesagt, nicht nur ein biologisches Phänomen, sondern ein komplexer Vorgang, mit dem sich die Menschen auseinandersetzen müssen. Und dieses bedarf einfach eines umfassenden Zugangs zu diesen Menschen, der verschiedene Fachrichtungen auch betrifft und besonderer Zugangsweisen bedarf. In Lübeck haben wir ein multidisziplinäres Team, weil, so was kann man meistens nicht in einer Person zusammenführen. Und wie Frau Richter-Appelt schon gesagt hat, haben wir im Rahmen einer DFG-Forschergruppe schon zusammengearbeitet, die ich von Lübeck aus geführt habe, und das ist dann fortgegangen in einem vom BMBF geführten Netzwerk. Also die Politik hat schon viel in die Forschung investiert. Dort ist noch mal eine große klinische Studie dargelegt worden, die jetzt gerade ausgewertet wird, bei der 500 Menschen ihre Meinung auch zu Behandlungsergebnissen abgegeben haben. Die Ergebnisse werden im Laufe dieses Jahres sicherlich auch veröffentlicht werden und einen noch besseren Einblick geben, wie eigentlich die Bandbreite ist – vom Kindesalter, also Elternzufriedenheit, Adoleszenzenzufriedenheit, bis zum Erwachsenenalter. Ich denke, dass wir viel mehr Daten brauchen, um auch tatsächlich die Evidenz zu erhöhen, um die Behandlungszufriedenheit der Patienten letztendlich zu verbessern, wie immer die Behandlungsstrategie aussehen mag. Auch das muss natürlich letztendlich hinterfragt werden. Ich denke, der politische Handlungsbedarf besteht hier vor allen Dingen auch in der

Festlegung von Kriterien, wer, wie, wann, was letztendlich tun kann, tun sollte, um hier eine gewisse Qualitätssicherung zu erreichen. – Danke.

Vorsitzender: Ja, vielen Dank für diese erste Runde. Mein Vorschlag wäre, dass wir zunächst einmal, bevor wir in die inhaltlichen Fragen steigen, uns sowohl juristisch als auch medizinisch auf eine Begrifflichkeit einigen. Es sind verschiedene Begriffe ja auch genannt worden: Hermaphroditen, intersexuelle Menschen und so. Mein Vorschlag wäre, ich will ja auch niemanden dadurch zu nahe treten oder eine falsche Begrifflichkeit verwenden, dass wir vielleicht, wenn das geht, versuchen, uns einfach schon mal sprachlich wenigstens auf irgendetwas zu einigen, wenn das auch in Ihrem Sinne ist. Ich weiß nicht, wer dazu was sagen mag? – Frau Veith sieht so aus, als wenn sie das Wort ergreifen möchte.

Frau Veith: Ja, also ich kann wunderbar mit dem Begriff „Intersexuelle Menschen“ leben. Ich kann nicht mit dem Begriff „DSD“ und mit „Störungen“ leben. Ich bin kein gestörter Mensch, ich bin ein Mensch! Und das ist schon mal – das ist auch – die ganze Bandbreite zeigt es dann, würde ich sagen. Deswegen plädiere ich für „Intersexueller Mensch“.

Vorsitzender: Herr Professor Hiort.

Herr Dr. Hiort: Darf ich aus medizinischer Sicht dazu antworten, weil ich die Arbeitsgruppe der internationalen Konsensusgruppe geführt habe, die diesen Begriff „Störungen der Geschlechtsentwicklung“, auf Englisch „Disorders of Sex Development“, begründet hat. Es gibt viele Menschen, die den Begriff „inter“ nicht mögen, weil sie nicht „zwischen“ sein wollen. Es gibt Menschen, die den Begriff Hermaphroditismus nicht mögen, weil er sehr mystisch klingt. Und die Begrifflichkeit ist von daher extrem schwierig. Die medizinische Zunft – nur um das zu begründen, wir können uns auch gerne in diesem Kontext auf andere Begrifflichkeiten einigen –, die medizinische Profession hat diesen Begriff gewählt, weil er letztendlich weder Mann noch Frau, irgendetwas davon enthält, sondern zunächst versucht, ursachenmäßig in irgendeiner Weise ein Verständnis für die Vorgänge der Entwicklung dieses Menschen zu begründen – und daher beruhte der Begriff Störung, oder Abweichung kann man gerne auch sagen. Störung ist rein biologisch, weil es eben nicht häufig vorkommt und weil aber hier Eiweiße gestört sind. Also das ist ein ganz – nicht der Mensch ist gestört, sondern bestimmte biologische Prozesse sind anders. So ist dieser Begriff geprägt und wird von der medizinischen Zunft auch heutzutage verwendet.

Vorsitzender: So, bevor ich jetzt Frau Professor Richter-Appelt das Wort gebe: Ich verstehe ja, dass auch im Zuschauerraum da großes Interesse besteht und vielleicht auch Beiträge kommen könnten, aber das ist leider hier in dem Rahmen nicht möglich. Ich muss Sie wirklich bitten, zuzuhören. Wir können hier nicht mit allen Zuschauern in die Diskussion einsteigen, auch wenn da sicherlich wertvolle Beiträge kommen, aber das würde hier den Rahmen sprengen.

Jetzt hatte sich aber zunächst einmal Frau Dr. Richter-Appelt gemeldet. Und dann ...

Frau Dr. Richter-Appelt: Ich würde vorschlagen, dass wir genau diese Diskussion jetzt hier nicht führen, weil dann geht der ganze Abend damit vorbei, dass wir uns versuchen zu einigen, welche Nomenklatur wir verwenden. Ich glaube, wir wissen alle, worüber wir reden, und mein Vorschlag ist, dass jeder seine Terminologie verwendet und keiner gezwungen wird, eine zu verwenden, die er nicht vertreten kann.

Vorsitzender: Gut. Dann würde ich gleich mal, bevor Frau Professor Plett das Wort bekommt, dann allerdings auch im Gegenzug darum bitten, dass wenn jetzt einer der Teilnehmer hier eine Begrifflichkeit wählt, die dem einen oder anderen nicht ganz so gefällt, das nicht als, ja, irgendetwas Negatives gewertet wird, sondern dass wir uns, wenn wir uns vielleicht auf eine Begrifflichkeit ja aus guten Gründen einigen können, das dann sozusagen wertfrei als Begrifflichkeit benutzt wird. Ich habe das deshalb eigentlich nur eingeführt, weil ich ja keine Verletzung unbeabsichtigt an einer Stelle provozieren wollte, die gar nicht gemeint ist. Und es ist ja in der Tat ein sehr sensibles Thema, das muss man nicht noch durch falsche Begrifflichkeiten verschärfen. Also, ich könnte mit dem Kompromiss wunderbar leben. Aber Frau Professor Plett hatte sich auch gemeldet, und dann Herr Böttger.

Frau Dr. Plett: Ja, das geht mir auch so. Sonst wollte ich vorschlagen, dass für diese Diskussion der Begriff gewählt wird, den hier anwesende Betroffene akzeptieren, weil es eben zwar auch ein medizinisches, aber nicht nur ein medizinisches Problem ist. Und wenn dann der Begriff der Medizin sozusagen durchgehend verwendet wird, hat das auch wieder Probleme.

Vorsitzender: Okay, danke. – Herr Böttger.

Abg. Olaf Böttger: Also im Vorfeld dieser Anhörung hat man so als einfacher Abgeordneter sich natürlich auch mal ein bisschen schlaugemacht und man man kommt auf mehrere Begriffe. Man kommt auf Begriffe, Transsexuelle, das sind –

(Zwischenruf)

Ja, ich weiß, dass der Begriff belegt ist, aber okay. Ich möchte nur, wie auch immer, wenn wir hier über irgendwelche, wer tut wann oder wer darf wann was, möchte ich hier eine klare Zuordnung haben. Also, ich habe einmal diesen ersten Begriff, den Sie nun nicht hören mögen, hab ich den gehört ...

Frau Dr. Richter-Appelt: Ja, Moment, der ist falsch, das ist der einzige Begriff, der falsch ist.

Abg. Olaf Böttger: Gut, dann ist der falsch. Dann umschreibe ich die Gruppe, zu denen mir diese Definition gegeben wurde. Also, das ist die Gruppe der Menschen, die in einem falschen Körper aufwachsen und sagen: Also ich wachse, meinerwegen, äußerlich als Junge auf und ich möchte aber vom Empfinden Mädchen sein. Diese, das ist für mich die eine Gruppe.

Dann die nächste Gruppe ist das, was Sie hier als echte Zwitter oder als Zwitter bezeichnen. Oder was ist die Gruppe der, ja, wie soll ich sagen, der der Transvestiten. Für mich ...

(Unruhe im Zuschauerraum)

Ich habe hier keine saubere Definition und insofern würde ich es gerne von Ihnen aufklärend hören.

(Zwischenruf: Darf ich ...?)

Vorsitzender: Aber genau das ist ja der Gegenstand, Herr Böttger, weshalb wir klar uns noch mal der Definition nähern wollen, und hier nicht falsche Begrifflichkeiten und falsche Gruppen damit in einen Topf zu werfen. Aber vielleicht kann Frau Professor Richter-Appelt ...

Frau Dr. Richter-Appelt: Ich möchte das – das ist schnell gemacht, die Definition: Sie haben eine Person, die hat einen biologisch männlichen Körper und hat das subjektive Empfinden, sie ist eine Frau, und dieser biologische Körper ist völlig unauffällig. Das ist gleich Transsexualität. Das heißt, vom subjektiven Erleben her: Ich bin eine Frau, habe einen männlichen Körper.

Sie haben Personen, die kleiden sich im anderen Geschlecht, das heißt ein biologisch männlicher Mann zieht weibliche Kleider an, meist verbunden mit sexueller Erregung. Auf die Frage, wer er ist, sagt er, ich bin ein Mann. Das ist ein Transvestit. Also biologischer Körper und subjektives Empfinden sind in beiden Fällen männlich, aber er zieht sich dennoch weiblich an – manchmal verbunden mit –, das ist dann transvestitischer Fetischismus, aber ich will es nicht noch komplizierter machen. Das ist ein Transvestit.

Bei Intersexualität haben wir Auffälligkeiten im Körperlichen, und das haben wir in dem anderen Bereich nicht. Und wir sprechen heute hier nur über die Menschen, die Auffälligkeiten im Körperlichen haben, in der körperlichen Entwicklung. Die anderen sind heute nicht Gegenstand der Diskussion.

Vorsitzender: Okay. Ich sehe bei ... Ja?

Herr Werner-Rosen: Gestatten Sie mir eine kurze Bemerkung. Ich glaube, diese Diskussion gerade, sowohl Begrifflichkeiten – Intersexualität, welche, auf welche einigen wir uns – und auch diese Fragen, die ich wirklich sehr ernst nehme, finde ich, spiegelt dieses ganze vielschichtige und ambivalente, sehr stark ambivalente Problem – eine Rolle. Und insofern finde ich wichtig, dass das auch zur Sprache kommt.

Vorsitzender: Aber können wir uns denn – ich hab so von verschiedenen Experten Kopfnicken gesehen –, auf diese Kurzform, die Frau Professor Richter-Appelt eben gesagt hat, auch verständigen in der Definition? – Ist offensichtlich der Fall, dann sind wir da zumindest ein Stück weit näher. Gibt es dazu noch eine ... ich guck jetzt insbesondere Frau Plett und Herrn Tolmein an. Gibt es da noch eine juristische Definition, die da eine Rolle spielen muss? Ich will es nur der guten Ordnung haben abgefragt haben, wie da eine Relevanz ... Okay. Wunderbar. Gut, dann ist jetzt aber endgültig Frau Domres dran.

Abg. Anja Domres: Ja, vielen Dank, ein Teil meiner Frage hat sich ja jetzt schon erledigt. Ich finde es eigentlich ganz schön, dass wir uns jetzt auf diesen einen Begriff einigen können. Ich hab mich ja nun im Vorwege auf diese Anhörung auch informiert und hab auch sehr viele Informationen von außen bekommen, wofür ich auch sehr dankbar bin. Und da sind mir die Begriffe natürlich wie Hermaphroditen und Zwitter und auch intersexuell über den Weg gelaufen, sag ich mal, und ich find es ganz schön, wenn wir uns jetzt auf die eine Definition für den heutigen Abend einigen können. Ich würde gerne noch mal bestätigen oder bekräftigen, dass wir, also auch die SPD-Fraktion dieses Thema sehr ernst nimmt. Nichtsdestotrotz kann es sicherlich sein, dass wir bei der einen oder anderen Frage Begrifflichkeiten verwenden, die Sie nicht ganz so toll finden, die nicht ganz so richtig sind. Und da bitte ich einfach gleich um Aufklärung und gleich um Rückmeldung und bitte vielleicht

im Vorwege schon mal so etwas wie um Entschuldigung, dass das dann nicht böse gemeint ist, sondern eher das Unwissen der Politiker so ein bisschen in dem Bereich.

Als ich mich vorbereitet habe auf dieses Thema, muss ich sagen, je mehr ich über das Thema gelesen und erfahren habe, desto betroffener war ich, desto betroffener war ich auch, wie mit den Menschen umgegangen wird, was da passiert. Und Frau Veith, Sie sagten ja eben, dass die Möglichkeit der Spätabtreibung für diese intersexuellen Menschen auch möglich ist. Und ich finde das eigentlich unglaublich, würde aber jetzt gerne auch zu einer inhaltlichen Frage kommen und würde einfach mal nachfragen wollen: Wie kann man sich das denn vorstellen? Da wird ein Baby geboren und die Eltern werden irgendwie informiert. Wie muss man sich den Weg denn dann vorstellen? Was passiert dann? Werden die Eltern irgendwie beraten? Oder werden die Eltern sehr schnell zu einer Entscheidung gedrängt? Oder was passiert denn da genau, also wie muss man sich diesen Weg vorstellen? Das würde mich einfach interessieren.

Vorsitzender: Ja, wäre auch meine erste Frage gewesen. Wer möchte dort antworten? – Herr Professor Hiort.

Herr Dr. Hiort: Ja, vielleicht muss das der Mediziner erst mal beantworten, denn meistens werden Kinder ja in Kliniken geboren. Wobei man sagen muss, dass die Geburt eines Kindes mit einem ambivalenten Genital, also Intersexualität, sehr unterschiedlich ablaufen kann. Die Kinder können ja dem einen Geschlecht entsprechen, aber ihr Chromosomensatz ist anders. Auch das sind die biologischen Formen der Intersexualität – jetzt nehme ich, wenn wir uns darauf geeinigt hatten, nehme ich den Begriff auch. Wir reden also im Kreißsaal über die Kinder, bei denen das Genital uneindeutig ist von ihrem Erscheinungsbild. Und diese Kinder werden eben in allen möglichen Kliniken geboren. Das ist ja oftmals nicht voraussehbar. Also dass viele Betroffene beziehungsweise Eltern und Hebammen darüber berichten, dass Sie darauf eben nicht vorbereitet sind, das war ja auch eines der Ansinnen, die hier letztendlich geäußert wurde.

Wenn tatsächlich ein Kind, weil es sich ja häufig um genetisch determinierte Störungen, Abweichungen, Fehlbildungen handelt, geboren wird, weil in der Familie schon ein Fall aufgetreten ist, also bekannt ist, dass ein Kind geboren wird, dann ist die Vorbereitung häufig so, dass man wirklich das Team auch schon informiert. Und zu einem Team gehört im Wesentlichen natürlich der Frauenarzt, der die Frau betreut, aber eben auch ein Neugeborenen-Arzt, ein Neonatologe, weil eben bei bestimmten Sorten, Formen auch medizinische Notfälle eintreten können. Das muss man wissen. Deswegen plädieren wir dafür, dass solche Kinder in Tertiärzentren geboren werden, wenn das geht, um entsprechende Untersuchungen oder Behandlungen dann einzuleiten, wenn sie notwendig sind. Idealerweise ist unsere Vorstellung, in einem E-Learning-Programm, was im Siebten EU-Rahmenprogramm dann auch erarbeitet wird, dass in dem Fall tatsächlich ein Team zusammentritt und mit den Eltern versucht ein Gespräch zu führen und erst mal versucht zu sortieren. Man sieht ja häufig nur das, was auffällig ist, aber es geht natürlich darum, zu schauen, was ist nicht auffällig, was ist gesund an dem Kind. Und häufig sind die Kinder ja in allen anderen Belangen gesund. Das ist eine ganz wichtige Information für Eltern, zu sagen, Sie haben ein gesundes Kind, aber dort ist etwas, was wir weiter herausfinden müssen, was Grundlage dafür ist. Idealerweise, und so steht es in der Konsensuskonferenz, sollte dann versucht werden, den Ursachen auch nahezukommen, um letztendlich darauf dann auch Entscheidungen oder zumindest Einordnungen zu basieren. In dem Konsensusstatement steht drin, dass versucht wird, mit den Eltern gemeinsam zu erarbeiten, was die Eltern auch selber für Vorstellungen zum Geschlecht ihres Kindes haben. Denn ein ganz wichtiger Punkt ist, und das ist hier noch nicht angesprochen worden, für Kinderärzte gilt allgemein, dass zunächst die Integrität der Familie auch einen ganz ganz wichtigen Punkt darstellt. Das heißt, Deeskalation und Annahme des Kindes durch die Familie steht im Vordergrund. Das

ist unsere Idealvorstellung. Die ist nur erreichbar, wenn tatsächlich ein gewisses Maß an Training bei den Hebammen und Versorgern da ist oder wenn solche Kinder dann auch in ein entsprechendes Zentrum gebracht werden können, wo die entsprechenden Experten oder Erfahrungshorizonte vorhanden sind. Das ist vielleicht der medizinische Standpunkt.

Vorsitzender: Genau. Bevor jetzt die Kollegen weiterfragen, gabs davor noch Ergänzung. Vielleicht eine ganz kurze Zwischenfrage: Kann man, ohne das jetzt relativieren zu wollen, eigentlich etwas zu sagen, wie oft kommt so was im Jahr in Deutschland vor?

Herr Dr. Hiort: Dazu hat meine Kollegin Frau Thyen eine umfangreiche Untersuchung gemacht. Es gibt in Deutschland eine Erhebungseinheit für seltene Erkrankungen, die nach bestimmten seltenen Erkrankungen und ihrer Häufigkeit fragt. Dort ist zwei Jahre lang eine Umfrage gestellt worden an Kinderkliniken mit der Frage, ob bei ihnen innerhalb der ersten vier Lebenswochen ein Kind vorgestellt wurde, das ein auffälliges Genitale aufwies und das dann entsprechend abgeklärt oder betreut werden sollte. Dort sind 80 Kinder in zwei Jahren gemeldet worden. Man kann sehr gut eine Irrtumswahrscheinlichkeit ausrechnen, also wie viel durch die Lappen gehen – um es mal so zu sagen. Man kommt dann auf etwa die doppelte Zahl. Das heißt, 160 Kinder wären das in zwei Jahren, also es bleibt bei 80 pro Jahr. Wobei man die in Berücksichtigung nehmen muss, die quasi so unauffällig wirken zum Zeitpunkt der Geburt, dass die Diagnosestellung erst sehr viel später erfolgt; das kann durchaus sein, danach wurde nicht gefragt. Das heißt, das verdoppelt die Zahl sicherlich noch einmal. Aber hierüber haben wir keine guten Daten.

Vorsitzender: Es ging mir eigentlich auch nur um eine ganz grobe Größenordnung, nicht, um das auch noch mal – zumindest zahlenmäßig den Versuch einer Erfassung zu machen. Jetzt hatte sich aber zunächst einmal Frau Professor Plett gemeldet, dann Herr Werner-Rosen, und dann würde ich wieder auf die Kollegen zurückkommen.

Frau Dr. Plett: Ja, auf das eine hat Herr Hiort schon selber hingewiesen, dass in Anbetracht der unterschiedlichen Diagnosen aus medizinischer Sicht die Zahlen schwer erfasst werden. Und es gibt ja auch Erscheinungsformen, von uneindeutigem Geschlecht, die sich erst in der Pubertät zeigen, und solche sind natürlich dann auch mit den ersten vier Wochen keinesfalls weder erfasst noch überhaupt nur erfassbar – es sei denn, es wird von Anfang alles – oder vollständiges Screening.

Aus juristischer Sicht möchte ich auf die Problematik hinweisen, die mit dem Behandlungsziel Integrität der Familie verbunden ist. Diese Menschen – also es ist sozusagen gewohnt und geht auch nicht anders, dass Neugeborene, bevor sie sprechen können – und selbst wenn sie schon sprechen könnten, also auch Dreijährige – schwer nach ihrem informierten Einverständnis mit Behandlungen gefragt werden können. Aber ich möchte das noch mal unterstreichen, was Herr Tolmein hier hervorgehoben hat: Es kommt immer auf die Frage an, ist etwas, wird etwas irreversibel verändert, sodass das sexuelle Selbstbestimmungsrecht dieser Menschen zu einem Zeitpunkt abgeschnitten wird, wo sie sich eben noch nicht äußern können. Deshalb ist immer im Blick zu behalten, was geschieht mit Neugeborenen und Kleinstkindern, und wie würde das vielleicht später aussehen? Ich habe in Diskussionen auch gehört, ja, weil die Eltern an ihrem ungewöhnlichen Kind leiden, muss das Kind irgendwie unauffällig gemacht werden. Aber das ist aus juristischer Sicht nun überhaupt nicht vertretbar, dass ich einen Menschen behandle, um andere Menschen zu kurieren, nicht. Also Heileingriff geht immer nur an dem Menschen selber, der betroffen ist. Und die Frage, was als Heileingriff nötig ist und möglich ist und machbar ist, das weicht eben auch sehr stark voneinander ab. Und die Frage, und ich denke, vielleicht ist die Medizin da auch zu lange alleine gelassen worden, was heißt denn ein „gesundes“ Geschlecht, warum

ist nicht eine Mischform auch ein gesundes Geschlecht? Also es spielt auch sehr viel gesellschaftlicher Druck und gesellschaftliche Erwartungen mit. Aber, wie gesagt, es geht immer um die betroffenen Menschen selber. Das ist nun mal so im Zeitalter individueller Menschenrechte und muss natürlich auch berücksichtigt werden bei der Bearbeitung der Fragen.

Vorsitzender: Herr Werner-Rosen.

Herr Werner-Rosen: Ich möchte auf Ihre Frage, Frau Domres, noch mal zurückkommen, die ich außerordentlich wichtig halte, weil das im Grunde genommen die eigentliche Situation berührt. Und Herr Hiort hat vorhin schon gesagt, Forschung, also Ursachenforschung steht sehr hoch im Kurs – Versorgungsforschung und Versorgung weniger. An dem, was bisher zu dieser Situation – geschildert haben, wird die Versorgungslücke für mich sehr deutlich. Bevor der Arzt im Grunde genommen irgendwie tätig wird, sind die Eltern – ich reduziere das jetzt mal auf das ambivalente Genital, also auf das sexuelle Kind bezogen –, sind sie erst mal damit konfrontiert. Und was das für die Eltern bedeutet und was das auslöst, das ist für mich die eigentlich entscheidende Größe. Wenn hier von Integrität der Familie gesprochen wird – die kann ja gar nicht ihr Vermögen an Integrität entwickeln, wenn es an der Stelle große Probleme gibt. Das ist der Moment eigentlich, das ist der erste, der allererste Moment, wo im Grunde genommen ganz wichtige Weichen gestellt werden. Und bei den ganzen Analysen meiner Patienten war immer diese Ursprungssituation die eigentlich schwierige. Sie fühlten sich alleingelassen, sie hatten eine Menge von Informationen zu verarbeiten, konnten aber sich gar nicht drauf einstellen, weil sie mit diesem Faktum überhaupt noch nicht fertig werden konnten. Und das kann man ja auch – kein Mensch kann auf diese Situation vorbereitet sein. Und Intersexuelle haben ja auch nach wie vor keinen sozialen Raum, in dem sie ihre Besonderheit als normal erleben können. Und genau an der Stelle muss das Management so funktionieren. Und das ist idealerweise so. Und in vielen Fällen, oder in einigen Fällen, selbst da in der Charité, wo ich dann relativ schnell hinterher bin, selbst da funktioniert es nicht. Das Kind ist Patient für den Arzt, für mich ist die gesamte Familie Patient, und auf *die* Sache muss ich mich einstellen. Und das heißt, in einer bestimmten Situation, wenn das Kind behandelt wird, und die Diagnostik läuft an und das ist alles vollkommen in Ordnung, muss der Fokus auf den Eltern sein. Ich werde gerufen, stelle mich neben die Eltern hin, die Ärzte gucken das Kind an – und dann erst in Beratung und in therapeutischen Gesprächen wird das Problem, was das für die Eltern bedeutet aus ihrem gesamten Selbstverständnis, in ihrem elterlichen Kosmos, das wird aufgearbeitet. Und dann, bevor weitere Maßnahmen womöglich dann, sagen wir mal, die Bestimmung des Erziehungsgeschlechtes, da hat die Medizin zurückzutreten. So ist gewissermaßen unsere Verabredung. Erst dann, wenn das psychologisch – ein Fundament dafür überhaupt geschaffen ist, dass Eltern da besonnen, getragen von elterlicher Liebe da überhaupt was entscheiden können, dann kriegt die Medizin das Signal, jetzt könnt ihr weiter tätig sein – um es so ein bisschen sehr vereinfacht auszudrücken. Aber das ist die Versorgungslücke. Das ist nicht verpflichtend, dass der Psychologe mit gerufen wird.

Vorsitzender: Jetzt hab ich hier sowohl bei den Experten als auch bei meinen Kollegen jede Menge Wortmeldungen. Ich versuche das jetzt mal ein bisschen strukturieren. Mein Vorschlag wäre, dass Frau Domres eine ganz kurze Rückfrage stellt, dass dann Frau Veith kommt. Dann würde ich gerne erst mal meinen Kollegen so ein bisschen das Wort geben, dann kommen wir wieder auf die Experten zurück. Ich hab alle Wortmeldungen notiert, es geht keine verloren. – Ganz kurz Frau Domres, und dann Frau Veith.

Abg. Anja Domres: Ja, das wäre auch noch mal meine Nachfrage: Wenn es darum geht, also wenn es heißt, es geht nach den Vorstellungen der Eltern hinsichtlich des Geschlechts

des Kindes – ich meine, das ist doch klar, das Thema wird in der Öffentlichkeit nicht diskutiert, in der breiten Öffentlichkeit, es wird in der Fachwelt vielleicht diskutiert, in der Experten-Öffentlichkeit. Das heißt, die Eltern bekommen ein Baby, und dann werden sie da vor ein Problem gestellt, für sie ein Problem, was sie noch nie erlebt haben. Sie sollen in kürzester Zeit darauf reagieren. Und alle Welt hat ihnen bisher erklärt, wenn sie überhaupt was darüber gehört hat, das ist nicht ganz normal. Ich meine, dann ist doch klar, wie die Eltern sich dann entscheiden. Und da, denke ich, ist ja auch der springende Punkt, dass man die Informationen und die Diskussionen nicht breiter führt. Und da war ja auch schon dieser Punkt, dass man das in den Schulplan, Lehrplan mit aufnimmt und Ähnliches. – Also eher eine Anmerkung als eine Frage. Aber ich denke, da ist genau der Knackpunkt auch an den Punkten.

Vorsitzender: Jetzt Frau Veith und dann anschließend zunächst mal Frau Artus und Frau Heitmann.

Frau Veith: Ja, danke. Ich danke meinen Vorrednern, die haben Ihnen wunderbar vorgeführt, was alles passieren muss, angeblich passieren muss, damit es richtig läuft. Das zeigt ihnen aber auch ganz klar, wie viel Handlungsbedarf da ist. Und zwar fängt das an im Schulbuch, es fängt an in den Biologiebüchern – wie entsteht überhaupt Leben, was ist eigentlich Geschlecht. Dass wir hier in diesem Ausschuss darüber diskutieren, was Intersexualität überhaupt ist, ich finde, das zeigt eigentlich den Stand dieser Geschichte. Wir sind aber real! Wir sind! Und das ist nicht diskutierbar. Und das ist auch keine Krankheit, sondern das ist eine Varianz des Lebens. Und es einfach mal so zu sehen! Das hat es immer gegeben und das wird's auch immer geben! Denn sie werden, wir werden ganz vielen Leuten von der Schippe springen und viele Eltern werden ihre Kinder schützen. Ich kenne ganz viele Eltern, die diesen ganzen Interventionskram überhaupt nicht wollen, die sagen, wir schützen unser Kind, das bringen wir nicht mal mehr zu einem Arzt, wenn es sein muss! Einfach, weil sie Angst haben, dass ihnen dort wieder etwas angetragen wird, was sie gar nicht wollen. Und ich bitte Sie ganz herzlich darum, noch einmal darüber nachzudenken, wie stark der Schutz des Kindes – wie ist es eigentlich mit dem Recht auf Gesundheit? Auf körperliche Selbstbestimmung? Auf sexuelle Selbstbestimmung? Was machen sie denn mit so einem Kind, dass da zugewiesen wird? Das kann noch so toll gemacht worden sein, das kann handwerklich eine Top-Leistung gewesen sein, das geht aber total in die Hose! Und dazu kann Frau Herta Richter-Appelt Ihnen was sagen aus der Studie, die kenne ich nämlich, und da ist es ganz eindeutig, wie viele Personen unzufrieden sind auch mit diesen, mit diesen Zuweisungen. Diese ganze Geschichte können wir umgehen.

Ich will auch dieses Märchen, dass eine Mutter ihr Kind nicht wickeln kann, weil sie ja immer dieses grauenhafte Genital wickeln muss – das kann ich nicht glauben, es tut mir leid. Das wird diesen Eltern suggeriert, es wird ihnen gesagt, da ist was nicht in Ordnung, das müssen wir beobachten, da müssen wir große Screenings machen, da müssen wir richtig etwas organisieren jetzt. Da ist schon eine Katastrophenstimmung, da wird eine Katastrophenstimmung in die Familie gebracht. Dass das ein Notfall ist für die Eltern, ist doch klar. Aber es ist in erster Linie mal in der Regel – also, ein intersexuelles Kind ist per se nicht krank! Das ist *anders*, aber nicht krank! Und dass wir in ein Geburtenbuch einen Jungen oder ein Mädchen eintragen müssen, ja, das ist doch mit einem Federstrich – wäre das doch geregelt! Dass wir sagen, das Geschlecht wird eingetragen mit einem, was weiß ich, mit 20, 30 – oder brauchen wir es überhaupt noch, wofür? Das sind die Fragen, über die wir uns eigentlich unterhalten müssten. Ich denke einfach mal, dass wir dazu kommen sollten, zu überlegen, wie wir einen Menschen schützen können – schützen vor dem, was es nicht will oder was es auch nicht braucht! Ich denke, alle Beschneidungen, alle kosmetischen Eingriffe, wenn Sie sich das mal angucken: gerade eins, zwei, drei, vier, fünf, sechs – was ist ein Penis, was ist eine große Klitoris? Ja, wer läuft dann ständig mit offener Hose rum? Dann kommt dieses Argument: Bitteschön, im Kindergarten, ja, wenn die da mal was sehen ... Ja,

was sehen die denn, bitteschön? Gibt es etwas wie Aufklärung, wie Offenheit? Wofür haben wir Sozialpädagogen in unseren Einrichtungen, dass die denen auch sagen können, hier, Kinder, das ist Toleranz, wenn ihr alles akzeptiert, so wie es ist. Dass wir ganz viel Arbeit haben damit, dass wir einfach Aufklärungsarbeit betreiben müssen, das ist klar. Aber ich denke einfach, dass wir die Eltern betreuen müssen. Das finde ich wunderbar – aber nicht in der Richtung, wann entscheiden Sie sich denn nun endlich, das Genital ihres Kindes anzugleichen. An was denn, bitteschön? Also, ich kenne auch kein falsches Genital, ich kenne ein persönliches Genital. Ich weiß nicht, wie das ist mit Ihnen, gehen Sie mal in sich, ob Sie wirklich der Norm entsprechen. Was ist denn die Norm?

(Heiterkeit)

Vorsitzender: Gut, jetzt würde ich aber in der Tat gerne mal, es gab noch mehrere Experten auf der Liste –. Wir kommen sonst gar nicht ein bisschen weiter – den Kollegen zunächst mal Frau Artus und dann Frau Heitmann.

Abg. Kersten Artus: Ja, ich bin Frau Veith ganz dankbar für den Begriff Varianz des Lebens. Ich glaube, das trifft es sehr gut. Die LINKE ist das erste Mal mit dem Thema konfrontiert worden, zumindest kann ich das hier für Hamburg sagen, im Bürgerschaftswahlkampf. Da ist man bereits auf uns zugegangen, hat gesagt, das ist ein Thema, mit dem müsst ihr euch auseinandersetzen, da drängelt's. Und seitdem sind wir damit befasst, und ich bin sehr froh, dass das heute hier zu dieser Anhörung kommt, und bitte, wie meine Kollegin Frau Domres, ebenso um Verständnis, wenn das eine oder andere Fettnäpfchen geschieht, dass es da Toleranz von Ihrer und eurer Seite aus gibt. Ich versuche mich dem Thema sehr ernsthaft zu nähern, weil ich sehe einen akuten Handlungsbedarf, auch vor dem Hintergrund der Antworten, die auf die diversen Kleinen und Großen Anfragen vom Senat getätigt wurden, die ja viele Fragen offen gelassen haben, nicht beantwortet haben, aber zumindest einen Hinweis darauf gegeben haben, wie hoch auch die psychosoziale Not ist, in der intersexuelle Menschen stecken, inklusive der sehr hohen Suizidrate beziehungsweise der Suizidgedanken, die da auch geäußert werden. Insofern, glaube ich, haben wir hier kein Nischenthema, wir haben auch kein Thema, das langer Zeit bedarf. Dennoch, glaube ich, müssen wir sehr sorgfältig auf verschiedenen Ebenen abwägen, wo müssen wir handeln, wo ist was zu tun? Insofern bin ich auch sehr dankbar für die Anregungen von Frau Professor Dr. Plett, dass wir hier vielleicht auch die Rechtspolitikerinnen und Rechtspolitiker noch mal hinzuziehen. Einfach das Personenstandsgesetz zu ändern, reicht vermutlich gar nicht aus, nicht? Es wäre eine tolle Bundesratsinitiative, aber, ich glaub, wir haben hier viel mehr Dämme zu brechen, weil, letztendlich geht es hier um die Herstellung – und auch Wiederherstellung – von Menschenrechten, wenn ich das richtig erfasst habe.

Aus meiner Sicht haben jetzt jahrzehntelang die Medizinerinnen und Mediziner die Begriffshoheit und die Definitionsmacht gehabt über Menschen, die vor allen Dingen auch noch aus der Nazizeit heraus resultieren. Und hiermit haben wir es auch mit einer historischen Situation zu tun, die aufgearbeitet werden muss. Das halte ich für sehr wesentlich. Die ist bislang ja auch noch nicht so zur Sprache gekommen, aber ich denke, diesem Thema muss man sich schon auch stellen und auch damit umgehen. Hier ist eine Frage, ich würde aber dann gern noch weiter fragen.

Es wird kein sehr langes Statement, aber eine Frage auch an Frau Veith gerichtet, aber auch an die andern Expertinnen und Experten: Sie haben alle geschildert, dass Sie sich seit soundso vielen Jahren damit beschäftigen, dass es jetzt in der letzten Zeit die Studien gegeben hat. Warum ist das ins Rollen gekommen? Haben Sie eine Erklärung dafür, warum es seit circa 10 Jahren, so hab ich das jetzt ausgemacht, ein Thema geworden ist für verschiedene Expertinnen und Experten in den verschiedenen Fachbereichen, in der

Medizin, bei den Juristinnen und Juristen, bei den Betroffenen? Warum hat das so lange niemanden interessiert, warum war es ein tabuisiertes Phänomen, und warum ist es jetzt ins Rollen gekommen? Das würde mich sehr interessieren aus Ihrer verschiedenen Sichtweise heraus. – Und dann hab ich noch eine, eine – nein, ich würde sagen, ich melde mich dann noch mal wieder, weil das ist dann ein Thema, dass ich noch mal gesondert ansprechen möchte – Also, diese Frage wäre jetzt für mich einmal vordringlich.

Vorsitzender: Okay, und dann würde ich trotzdem jetzt gern Frau Heitmann hören, dass wir das ein bisschen so bündeln. Denn ich guck auch immer ein bisschen auf die Uhr, ich habe sie immer, anders als Sie, vor Augen. Und wir müssen natürlich auch auf unser aller Zeit ein bisschen Rücksicht nehmen. Es gibt sicherlich ganz viele Fragen, die würde ich gerne heute alle auch beantwortet wissen und dann sollten wir es ein bisschen strukturieren. – Frau Heitmann, und dann würde ich das Wort wieder an Sie geben.

Abg. Linda Heitmann: Ja, vielen Dank. Ich möchte auch noch mal zu Frau Veith sagen: Natürlich sehen wir, glaube ich, auch an dieser Anhörung, dass das ein Thema ist, wo großer Handlungsbedarf besteht. Aber vieles, was Sie ja auch erwähnt haben von den Problemen, mit denen Sie konfrontiert sind, ist natürlich auch auf ein großes Unwissen in der Gesellschaft und eine Tabuisierung in der Gesellschaft zurückzuführen, wo wir als Politiker natürlich auch, vor allem, wenn wir Gesetze machen, Anstöße geben können. Aber ein wirkliches Umdenken ist, glaube ich, leider meistens nicht von heute auf morgen zu erreichen, sondern das bedarf eines langen Prozesses. Das wollte ich noch mal vorausschicken. Aber ich freu mich auch, dass dieses Umdenken scheinbar langsam stattfindet. Wie wir hier hören, gibt es in der Forschung da seit einigen Jahren Ansätze. Auch unsere Grüne Bundestagsfraktion plant Ende Mai ein Fachgespräch zu dem Thema, wo, glaube ich, auch einige von Ihnen ebenfalls eingeladen sind. Das wird in Berlin stattfinden. Ja, so viel erst mal dazu.

Ich hätte eine sehr konkrete Frage an Herrn Werner-Rosen: Sie haben sehr gut, wie ich finde, geschildert, wie dieses Verhältnis zwischen den Eltern und den Kindern aussieht und dass viele, ja, psychische Probleme daraus resultieren, wie dieses Verhältnis sich gestaltet. Kennen Sie auch Fälle, in denen die Eltern sehr offen mit dieser Situation umgehen und ihrem Kind auch immer vermitteln, in welcher Situation es sich befindet? Und können Sie uns, daraus resultierend, dann vielleicht auch ein bisschen was beschreiben, wie sich das Verhältnis zwischen den Betroffenen und der Gesellschaft darstellt, was da für Zwänge, ja und Reaktionen dann häufig kommen? Das fände ich noch mal sehr interessant.

Vorsitzender: Ja, ich würde dann gerne jetzt noch mal Frau Dinges-Dierig nehmen und dann wieder auf die Experten kommen, ich versuche die beiden Listen ja einigermaßen gerecht abzuarbeiten.

Abg. Alexandra Dinges-Dierig: Ja, vielen Dank. Ich habe zwei konkrete Fragen, und zwar die eine direkt an Frau Professor Plett: Wenn ich Sie richtig verstanden habe, dann steht im Recht nirgendwo, dass es nur zwei Geschlechter geben darf. So ähnlich haben Sie sich, glaube ich, vorhin ausgedrückt. Kann man daraus folgern, dass es möglich ist, ohne eine Rechtsnorm zu ändern, ein weiteres Geschlecht oder weitere Geschlechter, ich will das jetzt mal offenlassen, einzuführen? Ich rede jetzt nicht davon, dass es Verwaltungsvorschriften und was weiß ich, bei der Polizei Vorschriften gibt über alles Mögliche; das ist eine andere rechtliche Ebene. Mir geht es erst mal so um den Grundsatz, das heißt also Grundgesetz, Verfassungen, also diese grundlegenden Rechtsnormen, die es bei uns gibt. Das ist die eine Frage, die rechtliche Frage.

Die andere Frage ist eine medizinische Frage. Gibt es zum heutigen Zeitpunkt schon Erkenntnisse, was mit den Kindern passiert, wenn man medizinisch gar nichts macht? Ich rede jetzt nicht von der psychologischen Betreuung und einer psychotherapeutischen Betreuung, sondern mir geht es um eine medizinische Begleitung. Weil ich denke, wir sind bei diesem Thema, wie so häufig in der Gesellschaft, in unseren irgendwann mal geschaffenen Begrifflichkeiten gefangen und meinen sofort, es ist Handlungsbedarf, wenn mit einem mal ein Phänomen auftritt, was nicht in unsere Begrifflichkeiten passt. Das wird dann als anormal dargestellt, also muss man eingreifen und es korrigieren, um es normal zu machen. Jetzt ganz allgemein gesprochen, das trifft auf viele viele Themen zu. Und deshalb würde es mich mal interessieren, ob es diese Erkenntnisse medizinisch schon gibt, wenn man gar nichts machen würde – oder ob man das gar nicht so einfach beantworten kann – also wirklich unter Ausschaltung der Psychologie und der Psychotherapie, mir geht es nur um die medizinischen Eingriffe, also Operation, Hormonbehandlung und Ähnlichem.

Vorsitzender: Nun ist Herr Professor Hiort sowieso der Nächste auf meiner Liste, und die letzte Frage richtet sich sicherlich auch an ihn.

Herr Dr. Hiort: Vielleicht beantworte ich mal gleich die Fragen, die gestellt werden. Also, es gibt natürlich viele Menschen, bei denen keine Maßnahmen gemacht werden und sie auch nicht notwendig sind sozusagen. Eine Besonderheit ist die sogenannte Androgenresistenz, wo die Patientinnen oder Menschen komplett weiblich aussehen und auch eine weibliche Pubertätsentwicklung durchmachen. Hier sind dann früher die Keimdrüsen entfernt worden, weil man dachte, die Patienten hätten eine vermehrte Bösartigkeit oder das Gewebe würde Tumoren bilden. Da ändert sich das Konzept gerade auch experimentell, weil man die langfristigen Daten natürlich nicht kennt, dass man die Keimdrüsen belässt und quasi ein spezielles Vorsorgeprogramm dann versucht zu erarbeiten – wie oft muss man das kontrollieren. Es gibt aber andere Untergruppen, wo die Keimdrüsen regelmäßig entfernt werden, zum Beispiel weil bekannt ist, dass Tumoren entstehen und die auch relativ regelmäßig entstehen. Wobei auch hier über die Häufigkeit nicht so viel bekannt ist. Hier fehlt uns einfach eine Erfassung auch, langfristige Erfassung. Von Patienten mit uneindeutigen Genitale, die quasi belassen werden, wo man letztendlich keinerlei Maßnahmen gibt, gibt es sicherlich Einzelfälle. Aber auch hier müsste man eine langfristige Verfolgung der Patienten und der Familien natürlich machen und sie einordnen in Nachuntersuchungen. Immer wieder Einzelfälle, und Einzelfälle können natürlich nicht für das Ganze stehen. Das beantwortet die eine medizinische Frage.

Wenn ich gerade am Ball bin, ich glaube, die Frage, die Sie mir auch gestellt haben, warum ist das Interesse an der Forschung höher geworden? Weil, ich glaube, die Forschungsaktivitäten schon erkannt haben, dass man für seltene Erkrankungen etwas tun muss. Das ist auch volkswirtschaftlich sinnvoll, ich hatte gesagt, es gibt über 5.000, die registriert sind. Wenn Sie das hochrechnen auf die EU mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:5.000, und wenn eine Erkrankung seltener ist als 1:5.000 Betroffene, dann irgendwann kommen Sie an hohe Zahlen, die das betrifft und das ist volkswirtschaftlich relevant. Das hat sich die EU auch in ihre Bücher geschrieben, hat gesagt, wir müssen hier versuchen, Strukturen zu bilden und die müssen wir erforschen. Das heißt, wir müssen Wege der Behandlung erforschen, um letztendlich da auch eine Verbesserung zu bringen. Das finden Sie auch beim BMBF, deswegen sind Netzwerke für seltene Erkrankungen gegründet worden und so weiter und so fort. Trotzdem wird es natürlich nie alle betreffen. Ich sag jetzt mal ganz platt: Ein Feld der seltenen Erkrankungen, damit werden Sie nie reich. Das heißt, Sie müssen ein anderes Interesse haben, damit zu arbeiten, das muss ein endogenes Interesse sein, was jemand betreibt, um sich mit irgend so etwas zu beschäftigen, aus welchem Gebiet auch immer. Und insofern will man versuchen, Strukturen zu gewinnen, und ich glaube, das hat einfach die letzten zehn Jahre in der Forschung zumindest etwas vorangebracht – in der Versorgung, glaube ich, eher nicht.

Vorsitzender: Herr Dr. Tolmein.

Herr Dr. Tolmein: Ja, vielleicht zu diesem Thema, was ist das, woher kommt das Interesse plötzlich. Ich denke, es ist ganz stark geweckt worden durch die Betroffenen selber, die versucht haben, sich zu wehren gegen etwas, was sie als Diskriminierung und Benachteiligung empfunden haben. Beispielsweise bei mir war das damals so, da sind Betroffene zu mir gekommen und haben gesagt, wir versuchen hier gerade bei einem Kind, das wir kennengelernt haben, von dem wir wissen, zu verhindern, dass dort eine geschlechtszuweisende Operation gemacht wird – das war Mitte der Neunzigerjahre –, wollen Sie da nicht was drüber schreiben. So, und das habe ich dann versucht, da was drüber zu schreiben, mich irgendwie kundig zu machen. Und das war ein Impuls, den es damals gab. Und ich denke, von daher sind dann weitere Geschichten und Befassungen damit ausgegangen. Und ich glaube, wir haben es hier mit was Besonderem zu tun, wir haben es hier sicherlich – das Stichwort seltene Erkrankungen ist jetzt häufig gefallen –, wir haben ein Nischenphänomen oder sonst was. Das ist sicherlich vielleicht das eine. Auf der anderen Seite ist es doch aber eine Sache, die gesamtgesellschaftlichen Output hat und die ja sehr viel mehr infrage stellt als nur die Frage, was für ein Kind habe ich jetzt als betroffenes Elternpaar. Es geht ja hier schon um die Frage, was ist Geschlecht eigentlich in unserer Gesellschaft überhaupt für eine Kategorie, wie gehen wir hier mit Körper und Veränderungen an Körpern um. Das heißt, wir haben hier die Frage, die weit über diese Betroffenengruppe hinausgeht, unser gesamtgesellschaftliches Wahrnehmungsmuster infrage stellt. Und ich glaube, das ist natürlich ein Punkt, weswegen das, wenn man sich mit dem Thema – überhaupt mal konfrontiert ist, weswegen es meines Erachtens auch gesellschaftlich gar nicht so tabuisiert ist, sondern meine Erfahrung ist eigentlich, es stößt überall auf sehr großes Interesse, Diskussionsbereitschaft und dann auch, denke ich, auch in bestimmte Bereitschaft zu Veränderungen.

Ich wollte noch was zu dem sagen, was hier von Herrn Rosen formuliert worden ist, so als Bild, wie geht man damit eigentlich um. Und ich muss gestehen, das hat mir nicht besonders gut gefallen. Denn neben der medizinischen Taskforce und den jetzt dann doch noch sehr stark in die Debatte gebrachten Psychologen, die dann dort das Eltern/Kind- und Familiensystem beeinflussen müssen, was ich als Vater von Kindern durchaus verstehen und nachvollziehen kann, gerät mir dabei doch sehr aus dem Blick, dass es hier in erster Linie tatsächlich um die Kinder, um die Betroffenen geht, und dass, glaube ich, eine für die Selbstfindung und für das Selbstbestimmungsrecht und für das, was dort letzten Endes entstehen kann und entstehen muss, glaube ich, so eine Peergroup und die Akzeptanz einer Peergroup, nämlich von anderen intersexuellen Menschen, oder Hermaphroditen oder Zwittern, die ein Selbstbewusstsein entwickelt haben, von Rollenvorbildern, die aus diesem Zusammenhang kommen, eine viel viel größere Rolle spielt. Ich denke nicht, dass das in erster Linie etwas ist, wo wir auf Dauer eine gute Situation herstellen können, wenn Experten und Expertinnen aller Art hier den Eltern ein bestimmtes Bewusstsein vermitteln. Sondern ich denke, wir können hier nur weiterkommen und zu einer gesellschaftlich wünschenswerten Entwicklung kommen, wenn einfach gesellschaftlich anerkannt ist, dass das eine Gruppe ist. Wenn wir zum Beispiel, was weiß ich, statt einer Bundeskanzlerin einen Zwitter haben, der Bundeskanzler ist, oder ...

(Beifall im Zuschauerraum)

... intersexuelle Nachrichtensprecherinnen, oder was weiß ich was, also wenn es Rollenvorbilder gibt, wenn man einfach so da viel weiterkommt. Das ist, glaube ich, ein ganz viel größerer Fortschritt, den man erreichen könnte, als jetzt nur durch eine sicherlich auch notwendige medizinische und psychologische Betreuung am Anfang. Und das Modell, was ich da im Blick habe, und das ist vielleicht auch ein bisschen die Erfahrung, die bei mir dahinter ist, ist, dass Menschen mit Behinderung in dieser Gesellschaft ja durchaus auch

nicht dadurch in der Regel –, wenn man die über ihre Familienerfahrung sprechen hört und über das, wodurch sie eigentlich selbstbewusste Behinderte geworden sind, die sich nicht als Defizitmenschen, sondern als Menschen mit einem ganz eigenen Wert und ganz eigenen Erfahrungen begreifen, dann ist das entstanden über andere Menschen mit Behinderungen – und nicht darüber, dass die Eltern ihnen gesagt haben, Du bist toll und Du musst was werden, oder Du bist nicht so toll und wir lieben dich nicht so sehr, sondern die Kraft, die ist aus den Betroffenenengruppen rausgekommen. Und ich denke, das ist ein wichtiger Punkt, den man hier akzeptieren muss.

Vorsitzender: Nun ist Herr Werner-Rosen sowieso auf der Liste und er war ja auch angesprochen, das passt ja ganz gut.

Herr Werner-Rosen: Ja, wenn Sie sich das Berliner Modell mal angeguckt hätten, dann würde – denn dann stehen Selbsthilfegruppen und Pate, zum Beispiel. Aber Pate nach dem christlichen Vorbild dass ich in meinem Patientenkollektiv, wenn Sie so wollen, jemand suche, der für andere Pate sein kann, durchaus in diesem christlichen Sinne. Der muss nicht unbedingt Betroffener sein, der kann es aber auch sein. Und es ist nicht so ganz leicht, jemand so Verantwortungsbewusstes zu finden, der auch über längeren Zeitraum das macht, aber es gelingt immer wieder. Das Gleiche ist mit den Selbsthilfegruppen. Wobei es immer ein Prozess ist, ob man jemand dazu bringt oder das nahelegen, ob überhaupt er sich an Selbsthilfegruppen wendet. Man kann, egal wo man in das Problem einsteigt, man kann den Punkt, und darauf insistier ich, nicht überspringen, dass Kinder im elterlichen Kosmos aufwachsen. Sie sind die allererste und wichtigste Sozialisationsinstanz. Was will man denn – das starke Ich, wo fängt denn das an? Und wenn man das gewissermaßen überspringt, ist man sehr schnell bei gesellschaftlichen Forderungen, die sich ja auch ganz gut anhören. Aber wie weit übernehme ich das? Und das ist genau das Gleiche mit den medizinischen Behandlungen, die angetragen werden. Der Gegenstand der Psychologie sind subjektive Bedeutungsgehalte. Wie oft bin ich dabei, mit den Eltern die ärztlichen Gespräche rückzuübersetzen – was meint der denn damit? Das heißt aber auch aus psychologischer Sicht, was bedeutet denn das für mich, wenn das und das anvisiert ist? Und wenn der Frage des Erziehungsgeschlechts – müssen ja die Eltern gewissermaßen die Entwicklung des Kindes unter der Prämisse der Geschlechtlichkeit antizipieren können. Da sind die Studien wohl auch eine Hilfe, aber die sind eh nur äußerlich. Es geht um diesen Bedeutungsgehalt, und das müssen Sie verarbeiten. Und meine Technik besteht darin, oder mein Management besteht darin, den Konflikt so lange offenzuhalten mit den Eltern, dass sie nicht kurz – dass sie nicht einen Kurzschluss machen und sagen: Ja, in die Richtung, es ist günstig, die Gesellschaft legt das nahe. Sondern so lange den Konflikt offen, bis sie – und das ist das Entscheidende und das ist auch im Grunde genommen in der Erziehung auch nichts Besonderes, bewusst zu entscheiden: Wir machen das so, wir machen das so, oder wir machen gar nichts! Die Frage der bewussten Entscheidung.

Und jetzt möchte ich noch mal auf Frau Heitmann noch mal zurückkommen, weil sie das ja noch mal ja direkt angesprochen hat. Dieses starke Ich hab ich im Visier, das geht in der Interaktion mit den Eltern. Das geht so weit, dass die Kinder, manchmal sieht man denen auch ihre Androgynität auch an, dass sie auf der Straße angesprochen werden – eine Zeit lang war meine Praxis in Berlin-Neukölln, das ist ein besonderes Pflaster, ein besonderes Quartier –, dass sie direkt angesprochen werden: Junge oder Mädchen? Worüber das Kind immer sehr verzweifelt war, weil sie für sich eine Selbstdefinition gefunden hat und immer wieder mit konfrontiert wurde und konnte sich davor nicht retten. Und alle meine psychologische Kompetenz hat nicht ausgereicht, ihr irgendeinen Weg zu öffnen. Und eines Tages kam sie und sagte – die gleiche Situation –, da hat mich wieder so ein Typ angesprochen. Und da sagte ich, was hast Du diesmal gemacht? Und da sagt er: Wissen Sie, was ich gemacht hab? Ich hab die Hosen runtergelassen und sagte, guck doch selber nach! Das ist starkes Ich!

(Gemurmel)

Das ist starkes Ich! Sie hat für sich den Weg gefunden, wo sie mit irgendwie sagte, ich kann – und der war ungeheuer – und ich hab gefragt, wie hat der reagiert? Der war sehr betroffen und sehr zurückhaltend. Ja. Aber es geht um diesen offenen Konflikt, bewusste Entscheidung, wenn ein Kind –. Aber das ist kein allgemeines Problem, auf welche Schule bring ich denn meine Kinder, oder was empfehle ich? Die Eltern müssen eine bewusste Entscheidung –, dann können Sie es verantworten und später auch begründen.

Vorsitzender: So, ich sag jetzt auch mal zu den Experten: Ich sehe ganz viel Wortmeldungen, ich hab Sie alle gesehen. Aber da sich alle von Ihnen gemeldet haben, dauert es leider auch ein bisschen, bis Sie dann jeweils drankommen. Also, ich bitte auch um Nachsicht.

Frau Professor Plett.

Frau Dr. Plett: Ach so, ja.

(Zwischenruf Vorsitzender: Ja, jetzt haben Sie schon die Chance!)

Also zunächst auf Ihre Frage, ob das Recht geändert werden müsste oder nicht. Dem muss ich vorausschicken, Sie kennen ja sicher den Spruch: drei Juristen – fünf Meinungen. Also meines Erachtens, oder nach meiner Rechtsauffassung, müsste es nicht geändert werden. Und ich habe auch schon vor einigen Jahren einmal einen Aufsatz publiziert, in dem ich dann am Ende etwas spekuliert habe, so unter der Annahme: Wenn es akzeptiert wäre, dass nicht alle Menschen entweder/oder sind, sondern auch weder/noch oder sowohl/als auch, wo würde sich das wirklich auswirken? Aber ich will Ihnen nicht verschweigen, dass es auch die Rechtsauffassung gibt, die aus Artikel 3 Absatz 2 Satz 1 Grundgesetz, Männer und Frauen sind gleichberechtigt, herleitet, dass die Gesellschaft genau zweigeteilt ist. Aber wenn Sie, oder Sie kennen ja sicher alle auch Absatz 1 und Absatz 3 von Artikel 3, dem Gleichheitsartikel, dass niemand wegen seines Geschlechts diskriminiert werden darf. Und wenn Geschlecht auch andere Ausprägungen hat – und das wäre oder ist nach meiner Rechtsauffassung ein Beweis dafür, dass Artikel 3 Absatz 2 eben nicht in Artikel 3 Absatz 3 aufgeht, sondern eine eigenständige Bedeutung hat. Eine Auffassung, mit der ich nicht alleine bin.

Zu Ihrer Frage möchte ich sagen: Oliver Tolmein hat sicher recht, dass die Beschäftigung und das Interesse, das in der Tat – Herr Hiort hat, glaube, ich das längste, aber bei den anderen war es ungefähr gleich lang – durch die Betroffenen, ohne die wären wir nicht heute hier zusammen. Aber ich möchte doch aus meiner Biografie, wo ich ja am Anfang drei Sätze dazu gesagt habe, ich glaube, dass die Betroffenen, die mussten ja erst mal auch sich outen, nicht? Das ist der Begriff, der bei der vorangegangenen Bewegung mit Schwulen/Lesben oder Homosexuellen gefunden wurde. Ohne Kenntnis der Betroffenen bleibt es ja ein akademisches Problem. Und erst die Brisanz gewinnt es natürlich dadurch, dass dann Menschen sagen: Ja, wir sind nicht nur akademisch, wie Lucie Veith gesagt hat, wir sind real, wir sitzen hier. Und ich denke, das so weit gestärkte Ich von traumatisierten Menschen, dass sie sich outen konnten, wurde Ende der Neunzigerjahre durch zwei Dinge begünstigt: einmal durch 30 Jahre Frauen- und Geschlechterforschung und gesellschaftliche Bewegung, das also schon ein Verständnis dafür geöffnet hat, das Geschlecht nicht oder jedenfalls nicht nur Schicksal ist, sondern auch gesellschaftliche Konstruktion einerseits. Und das Zweite, die technische Entwicklung, das Internet, dass also ganz viele intersexuelle Menschen berichten ja, ich dachte, bis ich 20, 30, 40 war, ich wäre der einzige Mensch auf der ganzen Welt mit dieser absonderlichen, aus der Wahrnehmung der Umwelt, Körperlichkeit, und im

Internet konnte ich plötzlich entdecken, ich bin ja gar nicht alleine. Und ich denke, also das hat dazu beigetragen, dass es gestärkt wurde.

Letzte Anmerkung in dieser Runde: Deshalb hab ich auch in meinem Eingangsstatement die Geschichte mit herangezogen: Es ist wirklich so, dass die Zweigeschlechtlichkeit Ende des 19. Jahrhunderts/Anfang des 20. Jahrhunderts irgendwie so gesellschaftlich sich verfestigt hat, dass das Tabu dann so strikt und fix war. Es gibt eine wunderbare medizinhistorische Dissertation, ich hoffe, sie wird bald veröffentlicht; da ist mehr nachzulesen – Ulrike Klöppel, die Autorin. Worauf ich aber auch schon mal an früherer Stelle hingewiesen habe, und das sagt etwas über die Gesellschaft aus, obgleich es eine Rechtsnorm ist, und auch noch mal etwas zu Eltern: Werner-Rosen redet von Idealen oder idealtypischen Eltern; Sie arbeiten natürlich mit realen Eltern, aber trotzdem, dahinter steht der Idealtypus. Das Recht muss aber gerade auf die Unglücksfälle, wo jemand – nicht, also wenn alle sich normgerecht und idealtypisch verhalten würden, bräuchten wir kein Strafrecht. Im Bürgerlichen Gesetzbuch: Eltern sind für ihre Kinder verantwortlich. Die elterliche Sorge ist der Sammelbegriff, wo sich Pflichten und Rechte zusammenfügen. Klassischerweise wird das aufgeteilt in Personensorge und Vermögenssorge. Und was bei genauem Hinsehen also mich schon vor einigen Jahren überrascht hat, und ich hoffe, es wird Sie auch jetzt im Lichte der heutigen Diskussion ein bisschen in Erstaunen versetzen: Der BGB-Gesetzgeber Ende des 19. Jahrhunderts hat selbstverständlich eine – oder vorausgesehen, dass zwischen Eltern und Kind bei Vermögen Interessenkonflikte möglich sind und für diesen Notfall eine Regelung getroffen. Dass nämlich dann, wenn die Interessen zwischen Eltern und Kindern abweichen könnten, Außenstehende einzuschalten sind und die Eltern eben nicht für ihre Kinder – gut, damals noch der Vater primär, aber ich habe es schon ein bisschen angepasst in der Argumentation.

(Heiterkeit)

Im Bereich der Personensorge gibt es so etwas nicht! Und damit sind die Eltern sozusagen – sie können doch auch gar nicht wirklich entscheiden, entscheiden sie für sich oder für das Kind. „Kindeswohl“ als Rechtsbegriff ist ja auch ausfüllungsbedürftig. Und ich glaube allen Eltern, die das betuern, wir haben doch nur das Beste unseres Kindes gewollt! Aber konnten sie wirklich die Entscheidung – konnten sie die Interessen ihres Kindes von den eigenen Interessen überhaupt trennen? Und deshalb, denke ich, wäre auch darüber nachzudenken, ob eine analoge Regelung, dass einfach Außenstehende, nicht Behandelnde, nicht Betroffene, nicht in das Geschehen Involvierte, sondern wirklich ganz Externe vielleicht doch auch mal einen Blick darauf werfen sollten.

Vorsitzender: So, jetzt würde ich gerne Frau Richter-Appelt das Wort geben – ja, keine Sorge, hab ich schon gesagt – und dann Frau Veith. Und dann würde ich aber gerne wieder, ich hab hier eine ganz lange Liste von den Kolleginnen hier, gerne dann auch wieder drauf zurückkommen. Aber erst mal Sie beide, bitte.

Frau Dr. Richter-Appelt: Zunächst eine ganz kurze Bemerkung, weil das immer wieder auch in diesen Papieren auftaucht: Der Begriff Intersexualität ist kein Begriff des Dritten Reiches, sondern den hat es lange davor gegeben – nur zur Korrektur.

Ich würde gerne zu der Frage, wieso ist das plötzlich so interessant geworden? Ich glaube, Frau Plett hat gemeint, dass die Auseinandersetzung mit Geschlecht gerade im Feminismus und so weiter, sicherlich dazu geführt hat, dass man sich gefragt hat, wie wird eine Frau zur Frau und wie wird ein Mann zum Mann. Und Sie alle kennen wahrscheinlich den Spruch, den ich jetzt nicht ganz richtig wiedergebe, von Simone de Beauvoir: Wir werden nicht als Frau geboren, wir werden dazu gemacht! Und diese Entwicklung, die eigentlich eine sehr positive Entwicklung war, dass wir sagen konnten, wir alle können uns eigentlich sehr gut entwickeln,

wenn wir nur die Bedingungen haben, haben auch dazu geführt, dass es zu der negativen Auswirkung kam, dass man nämlich gemeint hat, ein nicht-eindeutiges Kind können wir zur Eindeutigkeit erziehen. Und das war der an sich sehr gut gemeinte Ansatz von dem immer wieder auch zitierten Jean Manny, der meinte, wenn wir ein Kind, das nicht eindeutig geboren wird, eindeutig genug erziehen, dann können wir es zu einem Mädchen oder zu einem Jungen machen. Und wenn wir es dann auch noch körperlich anpassen, dann noch sehr viel besser. Und jetzt die Frage, warum ist das plötzlich, was so geheim gehalten wurde, an die Öffentlichkeit gekommen? Und da gibt es noch eine Geschichte, die jetzt bisher nicht erwähnt wurde. Es gab diesen ganz berühmten Fall der kanadischen Zwillinge, die nicht intersexuell waren, die beide mit ein paar Monaten beschnitten wurden und wo bei einem Kind während der Beschneidung der Penis verbrannt ist, weil das Gerät nicht funktioniert hat, und diese Eltern sich kurze Zeit darauf, als sie gehört haben, dass Jean Manny mit Kindern arbeitet, die nicht eindeutig männlich oder weiblich sind, zu Jean Manny gegangen sind und sich von ihm beraten haben lassen. Jean Manny hat ihnen empfohlen: Erziehen Sie dieses Kind als Mädchen, weil wenn dieses Kind keinen Penis hat, kann es ja nicht zum Mann werden. Der Versuch wurde gestartet, das Kind wurde, ohne dass es wusste, als Mädchen erzogen. Und in der Pubertät, nach all den Krisen, die vorher schon da waren, ging es überhaupt nicht mehr, sodass die Eltern dem Kind gestanden haben, Du bist gar kein Mädchen, Du bist ein Junge, und das Kind darauf so reagiert hat, wie hab ich geheißen, wissen wollte, wie es hieß, gesagt, nein, nicht noch einmal diesen Namen, aber sofort, ab dem nächsten Tag als Junge leben wollte. Das heißt, das Experiment, kann ich aus einem Jungen, wenn ich ihm den Penis wegnehme und ihn umoperiere, ein Mädchen machen, ist an diesem nicht-intersexuellen Kind gescheitert. Das wurde publiziert und hat sicherlich mit dazu beigetragen, dass viele intersexuelle Personen, die bisher sich mit dieser Frage noch gar nicht so auseinandergesetzt haben, das gelesen haben und dann angefangen haben, zu hinterfragen, ist denn diese Behandlung, die uns widerfahren ist, richtig oder falsch, und hat neben vielen anderen Dingen mit dazu beigetragen, dass plötzlich Berichte an die Öffentlichkeit kamen von intersexuellen Personen jetzt, die behandelt wurden und die infrage gestellt haben, ob ihre Behandlung richtig war. Also, ich glaub, dieser Fall – also zusammenhängend mit der Auffassung, man kann aus jedem Kind was machen, was man möchte.

Ein anderer Punkt, der mir sehr wichtig ist, weil wir immer nur über Eltern und Kinder reden, und wenn wir hier in den Raum schauen, sitzen hier nicht lauter Kinder, sondern ich glaube, es geht auch um die Erwachsenen. Und bei den Erwachsenen, glaube ich, gibt es sicherlich die Erwachsenen, die Behandlungserfahrungen gemacht haben, die sie schwer traumatisiert haben. Die sind in den Tests, die wir durchgeführt haben, teilweise schwerer traumatisiert als Kinder, die sexuell missbraucht oder körperlich misshandelt worden sind. Also da sind wirklich schwere Traumatisierungen passiert – unter anderem auch durch medizinische Behandlungsmaßnahmen, Fotografien gegen den Willen, Untersuchungen gegen den Willen. Das hat stattgefunden, ist aber in meinen Augen kein sexueller Missbrauch, sondern eine Traumatisierung. Das ist sicherlich ein Punkt. Ich glaube, eine andere Frage ist die Frage gewesen, wir haben auch in unserer Studie nicht viele, aber einige wenige Nicht-Behandelte, denen es relativ gut geht, gerade mit CAES, also das gibt es. Aber wir müssen uns natürlich auch fragen: Selbst wenn sich die Behandlung der Kinder verbessert, reicht das aus, um die Situation von erwachsenen Intersexuellen in unserer Gesellschaft zu verbessern? Und da gehören sicherlich gesellschaftliche Phänomene dazu, auf jeden Fall eine Aufklärung. In keinem Psychologiebuch finden Sie etwas zur Intersexualität. Also, wenn Sie Psychologie an der Uni studieren, lernen Sie das schlicht überhaupt nicht, das gibt es nicht. Das ist sicherlich ein Punkt. Aber ich glaube auf der anderen Seite, es muss auch noch Beratungsstellen geben, es muss nicht nur Beratungsstellen für Eltern geben, sondern es muss auch die Möglichkeit geben, dass erwachsene Personen, wenn sie denn zum Psychologen – ich bin auch Psychotherapeutin –, zum Psychologen kommen, nicht immer auf Menschen stoßen, die von dem Phänomen noch nie was gehört haben und eigentlich nicht so recht wissen, was sie mit denen machen sollen. Und es ist so, dass wir auch in der Forschung – die meiste Forschung wird bei Kindern gemacht. Die Erwachsenen werden von

sehr vielen unterschiedlichen Fachrichtungen betreut. Also bei den Kindern ist das so, da läuft das mehr oder minder bei einer Fachrichtung zusammen, bei den Endokrinologen und bei den Kinderärzten. Die Erwachsenen, die werden von Internisten, von Gynäkologen, von Urologen, von ich weiß nicht wem allen betreut. Das heißt, man weiß eigentlich über die noch viel weniger als über die Kinder. Und deswegen, glaube ich, ist es auch wichtig, dass es sowohl Beratungsangebot – wie auch die Frage, was ist eigentlich mit der Hormonbehandlung? Kommt ein Intersexueller ins Klimakterium? Das sind Fragen, die muss man sich stellen –, muss man, kann man das irgendwann absetzen oder müssen die bis ans Lebensende nehmen? Diese ganzen Fragen, die sind mindestens genauso wichtig wie die Fragen bei den Kindern. Ich will die gar nicht runterspielen, aber die Gefahr ist immer wieder, dass Kinderärzte sich sehr viel mit dem Thema beschäftigen und die Erwachsenen-Ärzte, Betreuer und so weiter, Therapeuten sich sehr wenig mit dem Thema beschäftigen und dadurch dieser Bereich zu kurz kommt.

Vorsitzender: So. Frau Veith.

Frau Veith: Ja. Da waren ja ganz viele Fragen jetzt beziehungsweise auch viele Äußerungen, die ich ganz kurz noch mal ergänzen möchte. Einmal zu Professor Hiort, der hat ja dankenswerterweise mal CAES genannt, also die komplette Androgenresistenz. Das sind Menschen, die sehen weiblich aus, wachsen auch auf, kriegen irgendwann ihre Menstruation nicht, gehen dann zum Arzt, werden dann untersucht, dann stellt man fest, da ist keine Gebärmutter, da sind aber Hoden im Bauchraum. Die sind gesund, da passiert überhaupt nichts, die könnt man so laufen lassen. Heut sagt man ja, wegen des Krebsrisikos – das kenn ich selbst auch! Über Jahre ist uns erzählt worden, 30 bis 50 Prozent die entarten, und die werden uns die Pest an den Leib holen, deswegen müssen die Dinger raus. Man klärt uns nicht auf, oder die Menschen werden nicht aufgeklärt, welches Hormon sie denn anschließend nehmen müssen, nein, sie bekommen nicht dieses Testosteron, das sie eigentlich produziert haben, sondern anschließend werden sie auf Östrogene gesetzt. Dass das nicht funktionieren kann, dürfte jedem Laien sogar klar sein. Dass man, man kommt ja auch nicht auf die Idee, wenn ein Mann seine Hoden verliert aufgrund eines Unfalls, dass man dem anschließend Östrogene geben würde. Dass das eine neue Erkenntnis ist, dass das Risiko nur 0,9 Prozent beträgt – und das ist jetzt gerade von Professor Looijenga aus – vor zwei Jahren im Netzwerk mal bekannt gegeben worden. So neu ist diese Erkenntnis nicht. Ich hab Ihnen hier ein Buch mitgebracht, „Intersexualität“, von Professor Klaus Overzier, das ist aus dem Jahre 1961 vom Georg Thieme Verlag, das war also – ist ein Lehrbuch. Da steht schon drin, dass man gerade – das nannte man früher, CAES nannte man früher testikuläre Feminisierung – „nach Erkennung der Intersexformen besteht die vordringliche Pflicht des Arztes, am bisherigen Status möglichst wenig zu ändern, die Gonaden sind zu respektieren, außer bei Vorhandensein von tumorösen Veränderungen“. Ich frage mich dann, warum hier Menschen kastriert worden sind über eine ganze Generation. Ich kenne vielleicht 100 Menschen mit CAES, einige auch hier in der Freien und Hansestadt Hamburg, die an unseren Krankenhäusern hier waren, die hier gonadektomiert worden sind. Die sind also kastriert worden, ohne dass sie krank gewesen wären. Mir ist kein Fall bekannt, dass da einen Tumor gefunden worden wäre. Die sind also alle schon mal prophylaktisch kastriert worden. Kastrationen sind klar geregelt in unserem Gesetz. Dieses Gesetz kann aber hier in der Freien und Hansestadt umgangen werden, offenbar. Es interessiert auch keinen. Das ist auch bekannt. Ich hab bei der Ärztekammer, bei der Kastrationsstelle, so was gibt es ja seit 1971, mal nachgefragt, ob meine Kastration denn zum Beispiel genehmigt war. Die haben wirklich geguckt, und da war einer dabei, der war schon von Anbeginn dabei: Nein, war nicht genehmigt! Ich frage mich, wie können Kastrationen hier überhaupt stattfinden ohne Genehmigung? Wäre es nicht viel einfacher, mal regelmäßig zu kontrollieren, wenn ich denke, dass ein höheres Risiko da ist? Würde ich da nicht einfach mal sehen, regelmäßig zur Vorsorge zu gehen, wenn ein erhöhtes Risiko da wäre? Warum dürfen Kinder gonadektomiert werden? Das sind Fragen, die diese

Erwachsenen Ihnen später stellen werden oder auch der Politik stellen werden. Denn Sie sind ja jetzt in der unbequemen Lage, dass sie es gehört haben; viele könnten sich ja herausreden und sagen, ja, hab ich nichts von gewusst.

Warum wir uns erst jetzt melden oder erst seit zehn Jahren melden, das ist – da hatten wir eben ja auch schon mal eine schöne Erklärung, nämlich diesen Herrn Manny und seine angeblichen Standards. Die ja gar keine Standards waren, der hat einmal eine Behauptung aufgestellt, hat einmal einem Jungen den Penis abgenommen und eine ...

(Zwischenruf)

Wie bitte?

(Zwischenruf Frau Dr. Richter-Appelt: Das hat nicht er gemacht ...)

Nein, nein, aber er hat es machen lassen. Und dass diese Theorie sehr gerne übernommen wurde, weil damit endlich mal eine Lösung gefunden war, ist auch klar. Zu dieser Theorie gehört aber auch, dass man den Menschen nicht informiert. Und dieser Theorie – also den Betroffenen nicht informiert, und auch die Eltern sollten nur das Nötigste erfahren. Dass dieser Eingriff eine Wirkung hat, nämlich die, dass irgendwann Stoffwechsellstörungen geschehen, dass diese Menschen sich irgendwie falsch fühlen in dem Zustand, in dem sie sind und wissen gar nicht, woran sie – was eigentlich mit ihnen ist. Und dass Sie dann, wenn sie das 25 Jahre überstanden haben, diesen Medizinversuch – denn sie sind nicht informiert, es gibt keine Evidenz. Denn das wäre zum Beispiel auch ein Thema, was ich gerne von Professor Hiort hier noch beantwortet hätte: Es ist überhaupt noch nicht auf Evidenzklassen eingegangen worden. Evidenzen, das sind, wenn etwas ganz klar ist und man hat gute Erkenntnisse, dann ist das die Evidenzklasse 1. Und wenn es, wenn man gar nichts weiß und jemand mal was gesagt hat und mal was angenommen hat, dann ist das die 5. Und es gibt keinen Eingriff, außer bei AGS, glaube ich, da bewegen Sie sich in der Klasse 3 im Moment, dass Sie von Behandlungen, die wirklich etwas anderes wären als Versuch –. Wir reden hier wirklich über Humanversuche! Und ich weiß nicht, ob Sie zulassen können, dass diese Humanversuche weiter durchgeführt werden dürfen – einfach so, ohne Zustimmung dieser Patienten. Und wie kann ein Humanversuch an einem Kind stattfinden? Wer kann das überhaupt noch einwilligen? Da können Sie mit tollen Interventionen kommen – also das will mir nicht in den Kopf, das tut mir leid.

Dass wir uns nicht gemeldet haben, das hat natürlich auch was mit diesem Tabu zu tun. Wir haben alle irgendwann mal gehört: Red nicht drüber, das wird dich ins soziale Aus stellen! Wenn Du drüber redest, dann bist Du sowieso erledigt – weil du ein Monster bist. Das steckt dahinter. Und wenn es nicht ausgesprochen wurde, dann bildet sich das. Wenn Du – was kann so schlimm sein, dass wir nicht drüber reden durften? Dass wir unser Leben in den Griff gekriegt haben irgendwie, oder die meisten zumindest – wie das funktioniert ist – keine Ahnung.

Dann möchte ich noch mal dem Herrn Rosen in die Seite treten und fragen: Sie sagen, Sie erzählen, dass Eltern und Kinder und Menschen nicht zu den Selbsthilfegruppen finden.

Wir haben offenbar mehr Familien in unseren Selbsthilfegruppen, die ihre Kinder beschützen, als Sie überhaupt annehmen können. Bei uns wächst im Moment die erste Generation unbehandelter intersexueller Kinder auf. Und das zu stärken, wissen Sie, das möchte ich auch mal an die Adresse von Professor Hiort sagen, der ja so schön gelobt hat, wie viel Geld in der EU hinterhergeschmissen wird, dass wir Ursachenforschung betreiben. Ich kann das ganz offen sagen, ich habe jetzt gerade die Anträge bei den Krankenkassen gestellt für unsere Selbsthilfe. Wir haben 270 Selbsthilfemitglieder in unsern Büchern, wir haben einen Verein, wir machen das alles ehrenamtlich. Wir haben für das nächste Jahr beantragt 21.000 Euro, wir haben bekommen jetzt eine Ankündigung, 8.000 Euro fürs ganze

Jahr zu bekommen. Da kriege ich noch nicht mal das Fahrgeld zusammen, dass wir zwei Selbsthilfetreffen organisieren können, geschweige denn die Unterbringungskosten dafür! Das ist ein Hohn, was da abgeht! Das war das.

Die Meldepflicht. Ich möchte leider auch Frau Konstanze Plett bitten, einfach noch mal darüber nachzudenken, ob es nicht doch sinnvoll wäre, die Kinder zu schützen. Wenn ein Kind mit einem auffälligen Genital – oder es wird bekannt, dass es intersexuell ist, dass dieses Kind auch tatsächlich einen besonderen Schutz bekommt. Dass es das sein kann, oder die Chance zumindest hat, das zu werden, was es wirklich ist! Dieses Kind kann sich später entscheiden, kosmetische Operationen zu machen, so viel es will, spielt überhaupt keine Rolle. Das machen ja heute – es ist ja große Mode, sich größere Brüste machen zu lassen, sich das Fett abzusaugen oder die Nase zu straffen, das ist alles egal, das kann jeder erwachsene Mensch machen, wenn er das Risiko kennt und das machen lassen will. Aber wie kommen wir dazu, Genitale zu verändern, die rein kosmetisch – das sind rein kosmetische Eingriffe.

Ein weiterer Punkt, warum wir uns so spät gemeldet haben: Bis heute ist es so, dass wir wie Junkies hinter unseren Medikamenten herjagen. Wir bekommen – die Versorgung von intersexuellen Menschen, von diesen Opfern dieser – oder von den Überlebenden dieser Versuche, dieser Menschenversuche, ist bis heute nicht gesichert. Die haben uns Neo-Vaginas gelegt, also künstliche Scheiden gelegt, damit wir penetrierfähig sind, sie sagen aber nicht, wie wir die pflegen müssen. Was passiert denn mit uns, wenn wir jetzt in die Heime kommen? Das sind praktische –, ja, wenn wir in die Altersheime kommen, wer versorgt das denn, bitteschön? Wer ist denn in der Lage, welche Erkenntnisse haben wir da? Da werden Kinder, die Genitale von Kindern versorgt, verändert, aber die Folgebehandlung oder -betreuung ist überhaupt nicht sichergestellt! Mit diesen Problemen lässt man uns im Moment alleine.

(Zwischenruf Vorsitzender: Gut, danke.)

Ich hätte noch eine Latte hier, da habe ich mir noch aufgeschrieben, aber ...

Vorsitzender: Ja, da bin ich ganz sicher. Ich will das jetzt auch gar nicht einschränken, aber ich denke, wir sollten uns so einen Zeitrahmen bis etwa 20 Uhr setzen, weil ich weiß, – einige haben noch einen Termin und andere müssen auch noch wieder nach Hause zurückfahren, das ist auch nicht ganz einfach. Darauf würde ich schon gerne auch dann ein bisschen Rücksicht nehmen wollen. Und ich hab jetzt eine ganz lange Liste von Kollegen hier. Und es wäre meine Bitte, das wirklich auch ganz kurz und knapp zu fassen. Und ich würde auch mal zwei oder drei andere aufrufen, in der Hoffnung, dass hier Fragen sich vielleicht doppelnd, und es muss vielleicht auch nicht jeder jede Frage gestellt haben. – Frau Gienow.

Abg. Hanna Gienow: Ja, vielen Dank. Durch das Gespräch haben sich bei mir ganz andere Fragen herausgebildet. Das, was ich anfänglich fragen wollte, das ist schon zum Teil auch gefragt worden und beantwortet. Aber Frau Veith, zwei Sachen vorneweg, zwei Bemerkungen ganz kurz, und dann zwei Fragen, die ich ganz kurz stellen wollte. Also, es hat mich schon betroffen gemacht, einmal dass es nicht möglich ist, an Akteneinsicht heranzukommen, und ich glaube, da sollten wir und können wir vielleicht auch noch ein bisschen was tun. Das kann es einfach nicht geben! Wann jemand der Betroffenen das wissen möchte oder an Akten rankommen möchte, das kann ja auch zum Teil sehr spät erfolgen, vielleicht 20 oder 30 Jahre danach, und es müsste einfach möglich sein, dass bei diesen Betroffenen die Akten einfach gar nicht vernichtet werden, weil sie erst spät, diese Betroffenen, dann auch davon erfahren. Das ist die eine Bemerkung. Und die andere Bemerkung: Wenn Sie von Humanversuchen eben berichtet haben, das hat mich persönlich ganz doll berührt. Wollte ich nur mal sagen.

Also, ich hätte zwei Fragen. Ich möchte von Ihnen wissen, ich dachte, Frau Domres´ Frage geht schon ein bisschen in die Richtung: Man bekommt so ein Kind, man ist, stelle ich mir vor, hilflos als Eltern. Herr Werner-Rosen hatte von der Arbeit mit den Eltern gesprochen, oder auch manchmal nicht von der Arbeit. Es fiel auch der Begriff Störung, das hat mich ganz doll gestört. Störung, glaube ich, mögen Sie gar nicht so gerne hören. Das ist eben keine Störung, und das sollten wir auch möglichst vermeiden in unserem Sprachgebrauch. Ich möchte von Ihnen wissen: Wann merkt der Betroffene oder die Betroffene denn überhaupt, dass er/sie/es anders ist? Also nicht so, wie die, nun sag ich mal, die Mitschüler oder die Kinder im Kindergarten. Oder hängt es auch davon ab, soll man es den Kindern sagen. Oder ist es ganz unterschiedlich? Kann das bei der einen Familie, oder dem Kind, so oder so sein? Das war die eine Frage: Wann merken die das? Wird man überhaupt dem Kind gerecht, wenn man – ich weiß nicht, wer war es jetzt, ich glaube, das war, jetzt gucke ich noch mal, ja, Herr Werner-Rosen war es, der sagte, Deeskalation und Integration der Familie stehen im Vordergrund. Eigentlich müsste doch im Vordergrund stehen, was mit dem Kind oder mit dem Betroffenen ist, und nicht die Familie.

(Zwischenruf Herr Werner-Rosen: Das meinte ich damit.)

Ja, gut. Gut, dann, dann ist das so.

Und das Zweite, in welchem Alter spüren die das eigentlich selber? Ist das die Pubertät? Also, jetzt körperlich, physisch. Das waren meine beiden Fragen.

Vorsitzender: So, ich versuche jetzt mal ein bisschen zu sammeln und es auch wieder zu straffen. – Frau Domres. Frau Schaal ist noch dran und eine Reihe anderer Kollegen, keine Sorge, hier geht keiner verloren!

Abg. Anja Domres: Ich wollte nur so ein bisschen auf meine Kollegen rechts und links von mir Rücksicht nehmen, nicht, dass wir hier nur so, nur einige zu Wort kommen, wo doch alle so viel Fragen haben. Ich hab noch mal eine Frage zu dem Thema Akteneinsicht. Frau Veith, Sie sagten ja auch, Sie haben da diese Bestätigung. Wie viele Personen betrifft das denn in Hamburg? Hat bis jetzt kein einziger eine Akteneinsicht bekommen? Gibt es die Möglichkeit, also haben welche eine Akteneinsicht bekommen? Gab es dann vollständige Akten oder nur Teilauszüge? Welche Begründung gab es? Das würde mich einfach mal interessieren, so Zahlen und Begründungen zum Thema Akteneinsicht.

Vorsitzender: Und dann nehme ich noch Frau Dr. Schaal, und dann können wir ja vielleicht mal zum Beantworten wieder kommen.

Abg. Dr. Monika Schaal: Ja, ich möchte denn auch auf das zurückkommen, was Frau Professor Plett in ihrem Eingangsstatement gesagt hat. Sie haben ein paar Punkte genannt zu dem möglichen Handlungsbedarf, Sie hatten genannt, das Problem in den Pflichtcurriculum aufzunehmen und auch die Weiterbildung voranbringen. Haben Sie jetzt die juristische oder die medizinische – Bereich dabei gemeint? Das hab ich nicht verstanden. Dann allerdings würde ich gerne den ganzen Katalog der Vorschläge, die Sie entwickelt haben, von Ihnen hören. Vielleicht haben Sie das auch irgendwie schriftlich, dass man das nachlesen kann, vielleicht können Sie uns eine Quelle nennen? Denn es ist ja auch darüber hinaus was wir hier machen können, sicher interessant, Richtung Bundesebene zu denken. Denn da steht ja auch immer noch die Frage des Personenstandsrechts oder eine Änderung ins Haus, die ja offensichtlich hier auch zum großen Druckpotenzial für betroffene Eltern sich

entwickelt, sodass da also solche Entscheidungen kommen, die wir ja hier alle mit Entsetzen zur Kenntnis nehmen.

Zweiter Fragenbereich ist da zu den – ich hatte mit Frau Domres sehr früher eine Anfrage gemacht, da haben wir gefragt, wie viele Eingriffe denn durchgeführt wurden seit 1950. Und der Senat konnte uns das offensichtlich nicht beantworten. Vielleicht kann von Ihnen jemand beantworten, wie viele Eingriffe vorgenommen wurden hier? Und vielleicht haben Sie auch, weiß ich, bundesweit irgendwie Vergleichszahlen. Und kann man auch sagen, wie viel, wie der Anteil, oder bei wie vielen Kindern mit diesem Problem denn der Eingriff gemacht wurde und ob sozusagen der Anteil derjenigen, die operiert werden, zurückgeht, weil das Bewusstsein sich dann doch verändert, dass man also da vielleicht auch einen Wandel feststellen kann. Das würde ich auch gerne wissen, also auch wie viel oder noch da zusätzlich, wie viel unbehandelte Kinder gibt es denn so in den einzelnen Jahrgangskohorten und wie viel behandelte? Das kann uns sicher dann auch Frau Richter-Appelt sagen.

Und dann hätte ich auch noch eine Frage für die – Bezug auf die klinische Praxis. Ist es sinnvoll, dass die Kliniken einen, gerade die Geburtskliniken, so eine Art Leitfaden oder etwas den Mitarbeitern vorhalten, wo man, wo die denn wissen, wie sie mit dem Problem professionell umgehen, sodass es keine Friktionen gibt?

Und dann vielleicht noch eine Frage, die etwas skurril wäre, aber wenn man denn schon zu Operationen kommt, sei es also auch, es ist ja eine Frage, wenn junge Menschen sich denn selbst zu so etwas entscheiden – gibt es so etwas wie Qualitätssicherung, oder ist es erstrebenswert das zu machen? Und wenn ja, wie kann man das entwickeln? – Danke.

Vorsitzender: So, und dann würde ich jetzt noch, um es ein bisschen zu ..., Herrn Böttger noch schnell das Wort geben, aber auch mit der Bitte, mit einer kurzen Frage, weil, denke ich, alle Kollegen noch rankommen wollen.

Abg. Olaf Böttger: Also, als Angehöriger einer Selbsthilfegruppe weiß ich, dass die Betroffenen eigentlich immer diejenigen sind, die am meisten und am fachkundigsten zu einem Thema was sagen können. Dieses vorausgeschickt, meine Frage an Frau Veith: Welche Wünsche und Forderungen haben Sie hinsichtlich der Erhöhung der Akzeptanz an die Politik? Wie stehen Sie zum Thema externe Interessenvertreter, was vorhin über Frau Plett ja indirekt angesprochen wurde? Das Thema Leitfaden, Geburtskliniken und so hatte Frau Dr. Schaal eben angesprochen. Das heißt, welcher – an welchem Katalog oder an welcher Maßnahmenbündelung wären Sie interessiert?

Vorsitzender: Gut. Und die letzte Frage würde ich gern noch mal mit Einverständnis zurückstellen, weil das der letzte Fragenkomplex ist, sonst durchkreuzen wir das Thema. Jetzt habe ich zunächst mal Herrn Werner-Rosen auf der Liste.

(Zwischenruf Frau Dr. Richter-Appelt: Darf ich bitten, ich muss gleich raus. Ich würde gerne vom UKE noch ...)

Ja, gut, ich weiß. Vielleicht können wir, vielleicht können wir tauschen, dass Frau Richter-Appelt dann zuerst kommt und dann Herr Werner-Rosen. – Klar, ja, ich weiß.

(Zwischenruf Frau Dr. Richter-Appelt: Wollen Sie noch, oder?)

(Zwischenruf Herr Werner-Rosen: Nein, nein, bitte.)

Nein, nein, ist okay.

Frau Dr. Richter-Appelt: Ich wollte ganz kurz etwas sagen zur Aufbewahrungspflicht von Krankenakten. Es ist so, das ist ja gesetzlich geregelt, man muss Krankenakten 15 Jahre aufbewahren, bei Kindern 20 Jahre und bei psychiatrischen Patienten 30 Jahre. Leider ist es so, dass bei einigen der Betroffenen der Zeitraum überschritten ist. Und ich glaube nicht, dass die Akten zurückgehalten werden, sondern dass die schlicht nicht mehr da sind. Das ist meine Vermutung, ich sag meine Meinung, ob es stimmt, weiß ich nicht.

Zu der Frage, wie viele operiert worden sind, das ist ja auch eine Frage, die in der Anfrage drinnen war. Das können wir nicht beantworten. Das können wir deswegen nicht beantworten, weil es keine einheitliche Benennung dessen gibt, was behandelt wurde. Also, Sie können nicht Intersexualität eingeben. Intersexualität ist im Medizinischen auch früher keine Diagnose gewesen. Dann wäre es ja einfach, dann könnten wir schauen, in welchem Jahr sind wie viele Leute mit Intersexualität in der Klinik behandelt worden. Die haben, was wir jetzt schon ein bisschen hier herausgearbeitet haben, sehr unterschiedliche Behandlungsmaßnahmen, sehr unterschiedliche Operationen. Ob das eine Hypospadie ist, eine Vaginal-Plastik oder was auch immer, das sind sehr unterschiedliche Operationen. Und selbst wenn Sie da die einzelnen Operationen eingeben, ist das nicht statistisch erfasst. Also das wäre eine unglaubliche Arbeit, das aus den Akten herauszuziehen. Und da muss ich das UKE ein bisschen in Schutz nehmen, auch wenn man das vielleicht in manchen Punkten kritisieren kann, aber diese Daten werden nicht zurückgehalten, sondern sie sind schlicht nicht da. Und wie viele Unbehandelte es gibt, also über die Dunkelziffer können wir überhaupt nichts aussagen. Wenn Sie hören, wie geheim gehalten das ganze Ding wurde, dann können wir nur ahnen, also wir rechnen immer hoch, es müsste eigentlich in Deutschland 80.000, 100.000 Personen mit Intersexualität geben. Wenn wir so eine Studie machen, wir kriegen mit Mühe und Not die – gut, die Lübecker, die haben jetzt eine größere Zahl, aber da sind die ganzen Kinder mit dabei, die Erwachsenen sind auch nur 100 Stück. Und nun muss man sich überlegen, über Jahre haben wir versucht, Leute zusammenzubekommen, die bereit sind, an dieser Studie – und dann bleiben wir bei läppischen 70 bis 100 Leuten hängen, und man spricht von 80.000! Also da ist irgendetwas, was wir auch noch nicht so genau verstehen, aber es gibt eine riesengroße Dunkelziffer.

Vorsitzender: Ja, vielen Dank. Und wenn Sie jetzt wegmüssen, vielen Dank, dass Sie heute gekommen sind und sich Zeit genommen haben. – Und dann Herr Werner-Rosen, bitte.

Herr Werner-Rosen: Also, in einer sehr bewussten Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtlichkeit, mit der eigenen Vergangenheit, das was man alles so miterlebt hat, spielen die Krankenakten immer eine ganz große Rolle. Und die werden zum Teil angefordert, wirklich, und bisher in meinen vielen Behandlungsfällen ist es, sagen wir mal, nicht in allen, aber doch in den Mehrzahlen gelungen, Krankenakten zu bekommen. Aber es spielt immer eine Rolle. Und selbst, wenn man das weiß, man kann die Krankenakte bekommen, kann es sein, dass man sagt, es reicht mir. Ich habe das alles so durchgearbeitet, das muss ich jetzt nicht noch mal durchlesen. Aber die Möglichkeit der Verfügbarkeit ist, glaube ich, das Entscheidende – für einige, aber nicht für alle.

Und dann noch mal, ich kann Frau Veith bestätigen und gewissermaßen aus tiefenpsychologischer Sicht, dass die Gonadektomie immer eine große Rolle –, die Entfernung der Keimdrüsen, in der Auseinandersetzung mit dem eigenen, gewissermaßen mit den eigenen männlich/weiblichen Anteilen, spielt in der Regel immer eine ganz große Rolle. Und wenn die Hoden entfernt wurden, aus welchen Gründen auch immer, wird das als Verlust einer, ja, der männlichen Seite erlebt. Und das ist sehr, mit sehr viel Trauergefühlen verbunden. Also da muss man sehr vorsichtig –, und insofern kann ich das bestätigen, dass das in der Tendenz immer eine Rolle spielt, so, in der Reflektion und in der Aufarbeitung

dessen, was man ist, dieses Männlich/Weibliche in irgendeiner Balance zu finden. Und die Leute, und diese Patienten, diese Menschen sind sich sehr bewusst über ihre – wenn auch die Auseinandersetzung gelingt, es ist sehr bewusst –, über diese einzelnen Anteile. Und das, wenn sie dann die einzelnen Anteile leben können, das würde ich dann so im wieder, um auf meinen Ausgangspunkt zurückzukommen, im Sinne des starken Ichs durchaus erleben, auch in den Beziehungen. Aber das spielt doch eine große Rolle.

Vorsitzender: Frau Veith.

Frau Veith: Ja, ich mach das jetzt auch ganz kurz, versuch das wenigstens. Frau Gienow einmal, das war zur Aktenvernichtung. Also ich denke, das war ein toller Vorschlag, und damit folgen Sie uns, unserem Schattenbericht auch schon, unseren Forderungen. Wer den wirklich noch nicht gelesen hat, der sollte sich den vielleicht noch mal vorholen. Da ist auch eine Auflistung der Sachen, die wir wirklich ganz dringend brauchen. Und da ist unter anderem auch – wir denken, es gibt ein Recht der eigenen Biografie in Deutschland. Wenn eine Akte nicht herausgegeben wird bei einem Menschen, der verändert wurde, dann wird ihm das Recht der eigenen Biografie vorenthalten. Also ist das auch nicht irgendwie eine Kleinigkeit, dass man sagen könnte, das ist so, das kann man machen oder muss, darf man machen, sondern das ist ein Rechtsgut, das dort verletzt wird, wenn einem Menschen seine eigene Geschichte vorenthalten wird.

Dann, wann merken diese Kinder das? Oder wann merken die, dass die anders sind? Sie merken das sehr früh. Sie merken nämlich, dass sie sie selbst sind. Und dass es da Unterschiede gibt. Wir empfehlen unseren Eltern, offensiv damit umzugehen. Und das funktioniert. Das treibt dann auch schon mal Blüten, dass Kinder dann sagen, ja, was bist Du denn? Ja, ich bin ein Jungemädchen. Oder ich weiß von einem Kind, das in Norddeutschland lebt hier und die sich wahnsinnig darauf freut, dass sie zu Jungengeburtstagen und Mädchengeburtstagen gehen darf, weil sie sucht sich das dann immer genau so aus, wie sie es dann gerade braucht. Also, dieser offene Umgang, der fehlt komplett. Voraussetzung ist, dass man sein Umfeld aufklärt, dass der Kindergarten Bescheid weiß, dass die Schule Bescheid weiß, dass die Klasse Bescheid weiß. Wir haben das auch gehabt schon, dass wir ganze Klassenverbände aufgeklärt haben, das funktioniert. Und das ist gar nicht so andersartig, sondern das ist ganz normal. Ich denke, es ist sehr viel günstiger, auch finanziell günstiger, wenn wir diese Kinder unterstützen, ihnen Hilfe anbieten, als wenn wir sie verändern, und damit eben anschließend auch medikamentenabhängig machen. Denn die müssen bis zum Ende ihres Lebens Medikamente sonst einnehmen.

Ja, wird man dem Kind gerecht? Das war eine gute Frage. Das wird man nämlich nicht. Ich denke, dass hier auf alle möglichen Leute Rücksicht genommen wird, aber nicht auf das Kind und auf die Rechte der Kinder. In diesem Zusammenhang, wir haben eine ganz klare Regelung mit den Völkerrechtsverträgen der UN, und wenn wir diese Menschenrechtsverträge wirklich – die gehen ja bis ins Individualrecht hinein –, wenn wir uns die mal anschauen, und das empfehle ich Ihnen jetzt auch noch mal, schauen Sie sich die Kinderschutzkonventionen an, und da brauchen Sie eigentlich – das können Sie abhaken, Stück für Stück, was man – wie geht man mit intersexuellen Kindern um und welche Rechte haben diese Kinder eigentlich, oder hätten diese Kinder eigentlich. Denn diese Verträge sind ratifiziert, die gelten auch in Hamburg. Die gelten auch bei jedem Einzelnen hier. Und wenn nur ein Mensch in Hamburg dieses Recht nicht bekommt, dann müsste das für Sie Anlass sein, das zu ändern. Denn sonst bräuchten wir diese Verträge nicht.

Zu den Akten: In der Selbsthilfe, ich bin ja sehr aktiv in der Selbsthilfe seit einigen Jahren, und wir sind dabei, die Akten zusammenzusuchen. Bei mehr als der Hälfte der Personen gibt es keine vollständige Akte. In den meisten Akten fehlt der OP-Bericht. Wir wissen also, wir können eine Akte kriegen, die dann 25 Jahre alt ist, kein Problem, aber da ist kein OP-

Bericht mehr drin. Wir wissen also gar nicht, wer da operiert hat. Ist komisch, aber ist so. Auch Gewebeschnitte sind auf einmal verschwunden, die sollen angeblich 40 Jahre aufbewahrt oder 50 Jahre sogar, wir können aus dem – von 1920 kann ich mir die angucken, aber die der intersexuellen Menschen sind nicht da. 85 Prozent der intersexuellen Menschen sind weiblich zugewiesen. Das einfach nur mal so als eine Information noch, über die man noch mal nachdenken sollte, ob das denn auch immer passt.

Zu den Geburtszentren oder zur Fortbildung: Auch das fordern wir, dass das ein Pflichtfach wird, biologische Wahrheiten in der Ärztefortbildung, denn das wäre jetzt wichtig, jetzt sofort in die Fortbildung zu gehen, dafür Punkte zu vergeben. Dann hätte man die Leute nämlich auch ganz ganz schnell, ja, durchgeschult, die wüssten, was sie tun können. Und mit der Fortbildung der Hebammen kann ich Ihnen, könnte ich Ihnen sogar ein praktisches Angebot machen. Unsere Selbsthilfegruppe hat eine Broschüre entwickelt, die ist fast druckreif. Wir haben bloß die Finanzierung noch nicht hin. Drei Krankenkassen haben wir schon angeschrieben, die haben alle abgewinkt. Vielleicht können wir da einen Weg finden. Die ist fertig, die Broschüre.

Dann zu den Großen Anfragen: Die Klitorisbeschneidungen bei AGS zum Beispiel sind in zahlreichen Publikationen veröffentlicht worden. Es gibt Dissertationen hier vom UKE, da sind die alle genannt, da sind die aufgef... mit Geburtsdaten sind die aufgelistet, und zwar von Zeiträumen von 1976 bis 85, dann einmal von 1982 bis 88. Die Dinger bräuchte man sich nur mal kommen lassen, dann haben Sie die Zahlen! Das, was Fachleute nicht rauskriegen können, das kann ich in der Bibliothek mir rausziehen. Ich denke, eine Anfrage bei der Uni wäre da sehr lohnend. Ich weiß, dass sie da liegen. Und lassen Sie sich auch noch mal die Dissertationen von 1928 bis 45 geben, dann gehen Ihnen die Nackenhaare hoch. – Ja, das war es erst mal.

Vorsitzender: Ja, vielen Dank. Bevor die Kollegen noch mal zu Wort kommen: Den Bericht, den Sie veröffentlicht haben, vielleicht können Sie der Kollegin von der Bürgerschaftskanzlei, Frau Breyer, einfach mal den Link, ich nehm an, das wird ja im Internet zu finden sein, oder das in Papierform, wie auch immer, geben, damit wir das ins Protokoll einfügen können. Damit diejenigen, die das nachlesen wollen, dann auch schneller finden. Das wäre sicherlich hilfreich. – So, jetzt würde ich gerne noch mal Frau Professor Plett das Wort geben und dann den Kollegen. Okay?

Protokollnotiz: Der „Parallelbericht zum 6. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frauen (CEDAW)“ kann über den Link www.intersex.schattenbericht.org oder in der Parlamentsbibliothek der Bürgerschaftskanzlei eingesehen werden.

Frau Dr. Plett: Ja, ich war ja auch mit einigen Fragen von Frau Schaal direkt angesprochen. Also, bei den Curricula oder bei meiner Forderung oder Anregung im Bereich politischen Handelns hatte ich zunächst schon an die im weitesten Sinne medizinischen Gesetze und Ordnungen gedacht. Vieles davon ist ja auch durchaus bundesrechtlich geregelt, aber muss dann ja auch landesrechtlich umgesetzt werden. Mit Ihrer Frage, ob ich an die medizinischen oder die juristischen gedacht habe, bemühe ich mich schon seit Kräften selber in dem Bereich, wo ich wirken kann, dass es auch in den juristischen Unterricht kommt und vielleicht auch sozusagen bei all diesen vielen negativen Nachrichten. Ich freue mich schon immer, dass, wenn ich gegenüber Kolleginnen und Kollegen von meinem Forschungsfeld berichte, dann muss ich erst noch mal ganz lange erläutern, um was ich mich da kümmere. Bei den

neueren studierenden Generationen ist schon viel angekommen, also das Wissen schon weiter verbreitet. Was auch noch mal wieder zeigt, dass wir nicht nur im Leben der intersexuellen Menschen Entwicklungen haben, sondern auch in der Verarbeitung dessen. Und deshalb auch, was als richtige Behandlung anerkannt war, das ist ja auch leider keine statische Größe, oder auch zum Glück keine statische Größe, sodass da auch Änderungen zu verzeichnen sind. Zugleich bin ich nicht nur Juristin, sondern auch rechtssoziologisch, das heißt empirisch tätig gewesen, sodass eine weitere Frage auch immer – was steht in den Büchern, was – wie soll etwas sein und wie ist etwas tatsächlich. Erfreulich finde ich auch, dass im Pschyrembel, also dem medizinischem Wörterbuch, was medizinische Laien wie ich dann auch als Erstes mal zu Rate ziehen, ist, dass mittlerweile bei Intersexualität nicht mehr als Norm angegeben wird diese frühen Operationen. Aber es ist eine zweite Frage, hält die Praxis sich daran? Und wer ist die Praxis überhaupt? Lübeck ist natürlich ein Zentrum, aber gerade eine Lübecker Dissertation hat auch herausgefunden, dass auch dort operiert wird, bevor die Diagnose endgültig war, in kleinen Kreiskrankenhäusern über die Bundesrepublik verteilt. Also, das wäre auch noch mal wieder etwas, was zu bearbeiten ist.

Ihre Fragen nach Daten Behandelte/Unbehandelte, Vergleich, kann ich nur alles bestätigen, was hier schon gesagt wurde: Harte, quantitativ valide Zahlen sind nicht zu bekommen, aber es gibt doch mittlerweile auch aus sozusagen aus dem amerikanischen Sprachraum, teilweise dann eben nicht übersetzt, aber eben qualitative Studien, die Menschen beider Art, also behandelt oder unbehandelt, befragt haben. Und tendenziell, also kein hartes Datum, aber doch ein weiches, und nach meinem Eindruck in der Menge mittlerweile verlässliches Datum ist, dass Behandelte wie Unbehandelte, also Operierte wie Unoperierte – ums deutlicher noch zu machen: Alle klagen über die Heimlichtuerei, die in ihrer Kindheit und Jugend – und das Belogenwerden, also Blinddarmoperation sei es gewesen, aber dann haben sie plötzlich noch den Blinddarm, nicht. Um nur ein Beispiel zu nennen. Aber die Unbehandelten sind etwas weniger traumatisiert als die wirklich Behandelten. Aber, wie gesagt, das ist nur sogenanntes Anecdotal Evidence und kein hartes Datum, dass man sagen kann irgendwie, in 90 Prozent so und in 10 Prozent so, aber trotzdem ein Datum für die Diskussion.

Als letzter Punkt die Frage, Personenstandsgesetz ändern? Na ja, wir haben es ja nun gerade seit 01.01.2009 in einer neuen Variante, die immerhin ermöglicht, dass Geburtsurkunden, also Bescheinigungen über die Geburt, die ausgestellt werden, ohne Geschlechtseintrag auf Antrag erfolgen können. Was aber an der Grundlage nichts ändert, weil nach wie vor Paragraph 21 voraussetzt, dass das Geschlecht beim Standesamt, wie der Name und Datum und Stunde der Geburt, registriert wird.

Ein Handlungsvorschlag wäre, den Geschlechtseintrag aus den Personenstandsgesetzen- engen Fristen herauszunehmen, also dass das Gesetz dahingehend geändert wird. Aber ich glaube, das haben Sie auch schon lange gefordert, dass da der Druck aus der individuellen Situation herausgenommen wird, oder auch, dass es dann ganz –, und dann kann man ja mal abwarten. Also ich würde sogar vorschlagen, also kann offenbleiben, bis geheiratet oder Lebenspartnerschaft eingegangen werden soll.

Vorsitzender: So, jetzt würde ich gern wieder den Kollegen erst mal das Wort geben, bevor wir zu den Experten kommen, nämlich zunächst einmal Frau Dr. Föcking.

Abg. Dr. Friederike Föcking: Ja, Frau Professor Plett, einen Teil meiner Fragen haben Sie eben schon beantwortet. Trotzdem noch mal zur Vertiefung meine Frage in die ganze Runde: Sie haben ja nun so eindringlich geschildert, wie groß die Traumatisierungen waren, die ganzen negativen Erfahrungen, und mir ist immer noch nicht ganz klar, inwieweit das schon zu einem Umsteuern, sowohl in der medizinischen als auch in der psychologischen Praxis, geführt hat. Wir haben viel von laufenden Studien gehört, deren Ergebnisse noch

nicht valide sind, und und und. Meine ganz konkrete Frage ist: Wird heute mit Operationen vorsichtiger umgegangen? Und hat sich auch der psychologische, psychiatrische, psychotherapeutische Umgang geändert? Ganz konkret, Sie sprachen vorhin noch einmal von dem Erziehungsgeschlecht. Ist das eine Größe, die Sie nach wie vor für wichtig halten? Und das bedeutet dann ja doch wieder, dass man den Eltern nahelegt, wenn ich das als Laie richtig verstehe, doch eine gewisse geschlechtliche Festlegung in der Erziehung zu wollen.

Dann noch zwei konkrete juristische Fragen. Hat das Antidiskriminierungsgesetz eventuell Möglichkeiten für die Intersexuellen, ihre Lage zu erleichtern, oder ist da auch wieder die, diese Terminologie Geschlecht eher eine negative Falle?

Dritte Frage jetzt noch mal zum Personenstandsgesetz: Gibt es Länder, wo man eben gar nicht standesamtlich, oder wie auch immer, das Geschlecht festlegen wollen muss, und gibt es da auch dann entsprechende positive Erfahrung für die Intersexuellen?

Vorsitzender: Okay, danke. – Frau Artus.

Abg. Kersten Artus: Ja, der internationale Vergleich, den wollte ich auch abfragen, insofern kann ich mir das jetzt sparen. Schön, dass ich noch die Chance für eine zweite Runde habe. Ich habe noch ganz konkrete Fragen. Herr Hiort, Sie haben bei Ihrem Eingangsstatement von medizinischen Notfällen gesprochen, die eintreten können. Da hätte ich gern von Ihnen noch mal eine Konkretisierung, was Sie eigentlich damit meinen.

Dann habe ich zum Thema Spätabtreibung eine Frage: Wie ermittelt man denn eine medizinische Indikation aufgrund von vorhandener Intersexualität? Also, wie funktioniert das überhaupt? Das ist mir völlig unklar. Da hätte ich gern noch Erläuterungen.

Dann wüsste ich gerne aufgrund der auch schon genannten Dissertation: Fotos mit Namensnennung, mit Geburtsjahr; ich hab da auch Bilder gesehen, die mich nicht nur geschockt haben, also weil die Personen identifizierbar gewesen sind, Kinder eben ohne Balken, also wo ohne Weiteres zurückzuführen ist, um wen sich das denn handelt. An die Juristin die Frage: Wie sieht es eigentlich aus mit den Rechten am eigenen Bild? Und kann man das gegebenenfalls sofort stoppen?

Und dann meine letzte Frage: Nach meiner Kenntnis zahlen die Krankenkassen zwischen 80.000 und 360.000 Euro für eine Geschlechtsumwandlung, bei Kindern bis zu das Zweieinhalbfache. Gibt es eine Schätzung, was Pharmaindustrie, Forschung und Chirurgen/Chirurginnen durch Geschlechtsumwandlung und Intersexualität überhaupt so verdienen?

Vorsitzender: Bevor diese Fragen beantwortet werden, noch Frau Heitmann, und dann haben Sie wieder das Wort.

Abg. Linda Heitmann: Ja, meine Fragen zielten auch noch mal auf den internationalen Vergleich, und da hatte Frau Föcking ja jetzt die juristische Seite abgefragt. Ich wollte auch noch mal speziell nach dem medizinischen Vergleich fragen, ob es da in anderen Ländern, ja, ganz andere Vorgehensweisen gibt möglicherweise.

Vorsitzender: So, das ging schnell als Frage. Jetzt habe ich zunächst einmal Herrn Professor Hiort und dann Frau Plett und dann Herrn Werner-Rosen und dann eigentlich alle.

(Zwischenruf Herrn Werner-Rosen: Ich habe eine kurze – ich muss, ich muss relativ schnell weg.)

Ja, ist klar.

(Zwischenruf Herr Werner-Rosen: Wenn Sie einverstanden sind, dass ich kurz die Sachen, die mich betreffen auch noch beantworte.)

Okay.

Herr Werner-Rosen: Also, ich hab den Eindruck, zu der Frage, wie geht die Medizin um: Aus meiner Sicht geht man ein bisschen nachdenklicher um; eine gewisse Nachdenklichkeit ist festzustellen im Bezug auf das Behandlungsmanagement. Da gibt es meiner Ansicht nach sehr gut ausgearbeitete ethische Grundsätze und Leitlinien in der Behandlung von solchen Fällen. Die werden nicht beachtet, finde ich. Da steht genau drin, dass gewissermaßen das ärztliche Team aus diesen Personen, also interdisziplinär, das ist sowieso klar. Aber speziell auch in – aus meiner Erfahrung, die Psychologen sind da nicht verpflichtender Bestandteil. Das ist das eine. Das andere ist, worauf Frau Richter-Appelt auch schon ganz deutlich hingewiesen hat, bisher hat sich die Psychologie um das Thema überhaupt noch nicht gekümmert. Das taucht überhaupt nicht auf. Selbst in den psychoanalytischen Standardwerken, wo man doch eigentlich annehmen müsste, die Psychoanalyse springt auf das Thema wie der Hund auf die Wurst, ist überhaupt nicht – das Wort Intersexualität, Hermaphroditismus, Zwitter kommt überhaupt nicht vor. Da sehe ich einen ganz großen Nach... Versorgungslücke. Ich bin dabei, gerade so ein Curriculum zu errichten, auszuarbeiten, aber dazu bedarf es eines politischen Handlungsbedarfs – da sehe ich Handlungsbedarf. Da müssen Ressourcen her, um die Psychologen irgendwie in Stand zu setzen, eine Minimalversorgung. Dass zu mir Patienten von 3-/400 Kilometer angefahren kommen, das kann es nicht sein, das geht gar nicht.

Das andere, wo Frau Domres ja auch schon hingewiesen hat, diese Aufklärungsgeschichte müsste in den Schulen anfangen, dazu wollen wir was, gewissermaßen haben wir ja auch schon, habe ich auch schon kurz gesagt. In gewisser Weise ist das, was ich jetzt sage auch sozusagen noch mein Abschlussstatement, weil ich unbedingt zur ... kommen muss, ich bin nämlich auf dem Weg praktisch in den Urlaub.

Auch zu dem Erziehungsgeschlecht: Für mich ist das eine offene Frage; ich muss das nicht entscheiden, sondern ich muss die Eltern veranlassen, oder das heißt Eltern, Familie, da ist die Schule mit drin, da ist die Kita mit drin, ein Setting, ein Bewusstsein zu finden, wie sie mit dieser Frage umgehen. Das muss jeder Betroffene, aber auch nicht nur Intersexueller, der muss über seine Geschlechtlichkeit, jeder Mensch mal sich klarwerden, und die in ganz besonderer Weise. Und da geht es darum, dass nicht voreilige Entscheidungen und Schnellschüsse –, kurze Wege zu greifen, weil im Grunde genommen der gesellschaftliche Druck beispielsweise zu groß ist, sondern den Konflikt offenzuhalten, damit sie bewusst eine Entscheidung fällen. Oder also Entscheidung: Ich mach´s so rum, ich mach´s so rum, ich mach gar nichts oder so was.

Die andere Frage, im internationalen Vergleich, ich habe jetzt gerade eine, in Hamburg wurde das vorgestellt, ich weiß nicht, da war eine – von der IMMIGRATION ein Formular, da standen drei Geschlechter drauf: männlich, weiblich, intersexuell. Fand ich beachtlich. Herr Diamond hat das, glaube ich, mitgebracht damals in Hamburg bei der Veranstaltung auch von Frau Richter-Appelt. Ich glaube, so das war es, glaube ich, von meiner Seite.

Vorsitzender: Ja, auch Ihnen herzlichen Dank fürs Kommen, guten Heimweg, und wenn ich gerade richtig verstanden habe, sind Sie fast auf dem Weg in den Urlaub. Dann auch einen schönen Urlaub. Vielen Dank. – Herr Professor Hiort.

(Zwischenruf Herr Werner-Rosen: Ja, vielen Dank.)

Herr Dr. Hiort: Ja, danke. Ich sitze hier als Vertreter der ärztlichen Zunft, und ich kann sagen, dass mich, obwohl wir uns lange kennen, die Berichte von Lucie Veith mich auch immer wieder betroffen machen, und die eigentliche Grundlage auch für die Arbeit sind, die wir versuchen zu leisten oder zu machen. Aber ich darf in dem Zusammenhang auch eine Sache anmahnen, es fehlt hier nämlich eine Personengruppe, und das sind die Jugendlichen oder Kinder und ihre Eltern. Das heißt, wir reden über eine Gruppe oftmals, die gar nicht am Tisch ist. Und deshalb bestimmte Behandlungsmaßnahmen und ihre Intention beziehungsweise ihre Perzeption wird hier gar nicht echt besprochen, sondern von anderen Vertretern einfach mit beleuchtet.

Zu den Behandlungsmaßnahmen und zu der Frage, wer wie wo behandelt, das war auch in meinem Eingangsstatement drin: Es gibt keine Qualitätskontrolle, und alleine in Hamburg würde ich drei oder vier Krankenhäuser benennen können, die solche Operationen durchführen oder durchgeführt haben. Und ich kriege tagtäglich, ich sehe ja zwei bis drei neue Familien pro Woche im Moment, das ist, wie gesagt, ein großes Thema, ein Schwerpunkt bei uns, Anrufe von Kollegen, die sich auf, ich sag mal, Lehrbuchwissen vor fünf bis zehn Jahren berufen und immer sagen, na ja, da muss man doch die Gonaden entfernen oder solche Dinge. Das heißt, Standards oder Qualitätssicherung ist natürlich nur möglich in einer ständigen Fortbildung und einem Up-to-date-Wissen, so schlecht es auch sein mag. Auch das ist natürlich Gegenstand von Wissenschaft, oder Übertragung von Wissenschaft. Und das spricht dafür, für seltenere Erkrankungen, angeborene Abweichungen, wie immer wir es nennen wollen, unter anderem insbesondere für Intersexualität Zentren zu benennen.

Sie haben nach dem internationalen Vergleich gefragt. In Großbritannien ist es meines Erachtens so, dass fast alle Kinder entweder in Glasgow oder in London vorgestellt werden. Dort ist durch das NIH oder NHS, heißt es, glaube ich, National Health System, eine viel größere Zentralisierung auch vorgesehen. Ob das nun wirklich immer zu Wegen von 4-/500 Kilometern führt, das ist natürlich der Preis dafür, aber wir sehen Patienten, die von überall herkommen, die hierher fliegen, einfach weil sie sagen, wir können auch nicht zaubern, aber wir sehen halt einfach, wir sehen den Up-to-date-Wissensstand der Medizin, wie immer die Eltern damit umgehen wollen. Natürlich versucht man, die Behandlungsmaßnahmen dementsprechend zu ändern. Sie sind noch mal aus medizinischer Sicht auch vielfach diagnoseabhängig. Das Wissen der Biologie hat sich natürlich in den letzten Jahren massiv verändert und ist weiter in die Tiefe gedungen, und das hat auch bestimmte Vorgehensweisen verändert, die man in dieser Gruppe der Intersexualität auch sehr differenziert sehen muss. Zum Beispiel in der Entfernung der Keimdrüsen, wo es wirklich bestimmte Gruppen und Diagnosen gibt, wo das Tumorrisiko sehr hoch ist, das muss man natürlich sagen – und andere, wie wir auch schon beleuchtet haben, ist es sehr niedrig. Das muss einfach in die medizinische Entscheidungsfindung und Beratung dieser Familie mit eingreifen.

Die Frage Notfall bezieht sich auf ganz bestimmte enzymatische Störungen, also Bereitstellung der Hormone, die die Nebenniere mit betreffen und die Cortisonversorgung des Körpers beeinträchtigen können. Diese Kinder können schwerkrank nach der Geburt werden und an solchen Komplikationen auch versterben. Das ist einfach eine kombinierte Störung, die die Keimdrüsen und die Nebennieren als Hormonorgane mit betreffen. Das ist einfach eine Untergruppe, und darüber haben wir auch schon gesprochen.

Das würde ich jetzt auch als mein Endstatement sehen. Ich glaube, es ist viel Handlungsbedarf da, vieles ist getroffen, gefärbt natürlich, aber ich denke, meine Aufgabe als Arzt und Wissenschaftler ist es immer wieder, versuchen die Dinge auch zu strukturieren, übergreifend zu sehen, die Betroffenen sehr wohl wahrzunehmen. Aber ich glaube, dass es auch einen politischen Handlungsbedarf gibt, gerade auch die Medizin zu ordnen und in der Qualität auch zu fördern, gerade bei den Dingen, die seltener sind. Wir reden zu oft nur über den Blinddarm oder über die Herzklappen, und ich freue mich in diesem Sinne sehr, dass wir über diese Dinge hier auch gesprochen haben.

Vorsitzender: So, vielen Dank. Ich schau jetzt auf die Uhr und ich weiß, dass auch von den Experten noch einige dringend wegmüssen. Das heißt, wenn es jetzt nicht eine ganz ganz dringende Frage noch gibt – Herr Böttger hat sich noch gemeldet –, dann würde ich nämlich gern unseren Experten noch mal das letzte Wort einräumen wollen. Sonst schaffen wir das nicht mehr, alle zu Wort kommen zu lassen.

Deshalb, ich guck dich mal an eben an Olaf, es muss wirklich ganz schnell gehen, bitte.

Abg. Olaf Böttger: Ja. Also meine Frage an Frau Veith: Sie haben vorhin voller Stolz gesagt, es gibt die erste Generation der Unbehandelten. Besteht überhaupt bei diesem Personenkreis der Wunsch nach irgendeiner Prägung in diese oder jene Richtung? Oder ist es nicht eigentlich, wenn es nicht aus medizinischen Gründen unabdingbar sein sollte, Krebsrisiko oder sonstwas, was hier angeführt wurde, soll überhaupt so etwas erfolgen – oder ist es nicht einfach gut damit, dass man eben dann Angehöriger des dritten Geschlechts ist?

Vorsitzender: Okay. Bevor Frau Veith antwortet, ich hab auch noch drei Experten hier, die das beantworten wollen. Zunächst einmal Frau Professor Plett.

Frau Dr. Plett: Ja, zunächst möchte ich unterstreichen, was Frau Richter-Appelt und eben auch Herr Hiort gesagt haben, dass es wirklich um unterschiedliche Personengruppen geht. Und alle Erwachsenen waren einmal Kinder, aber deren Probleme sind noch wieder andere als die der Kinder, die sie waren, und die der heutigen Kinder. Also das sollte jeweils mit bedacht werden, und vielleicht irgendwie hilft eine Formel, was jetzt normativ-rechtlich oder menschenrechtlich gelten sollte, dass die Erwachsenen in ihrem So-sein akzeptiert werden und Kindern ihr individuelles Aufwachsen möglich wird, dass sie später dann selber entscheiden können. Und auch Lucie Veith hatte mir ja etwas zu bedenken gegeben. Ich bin damit auch noch nicht ganz am Ende. Die externe Person war für mich nur dann, wenn es um irreversible Operationen geht. Das nicht sozusagen im bilateralen Verhältnis zwischen Eltern und Medizinerinnen, Medizinerinnen zu lassen, sondern da irgendwie sozusagen den Zwang, jemand Außenstehendes drauf gucken zu lassen. Aber wie gesagt, das sind noch Überlegungen, die noch weitergehen.

Die konkrete Frage war, hilft das allgemeine Gleichbehandlungsgesetz? Ja, es könnte. Aber das ist genau das Problem: Wo kein Kläger, da kein Richter! Also entschuldigen Sie bitte, dass ich heute mit so vielen Sprüchen aus dem akademischen Unterricht hier aufwarte, aber das ist natürlich genau das Problem. Es könnte helfen, wobei ja auch Juristen, Juristinnen sich nicht ganz einig sind, unter welche Diskriminierungsart es fällt, weil die europäische Richtlinie und die Begründung zum Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz, die variieren etwas. Also in der Begründung fürs AGG heißt es, sexuelle Identität umfasst auch Intersexualität, aber nach der Richtlinie war nur sexuelle Orientierung verlangt, und das Gesetz sollte ja eigentlich eins zu eins umgesetzt werden. Aber natürlich, Geschlechtsdiskriminierung ist dadurch verboten in ganz – nicht sozusagen flächendeckend,

sondern nur im Rahmen, der sozusagen vom Gesetz geregelt worden ist. Aber wenn dort Geschlechtsdiskriminierung vorkommt, selbstverständlich. Aber es müssen sich individuell klagende Personen finden, es müssen sich Gerichte finden, die die Problematik sehen, und es ist ein langer und mühsamer Weg. Und von daher ist das als sozusagen politisches Instrument aktuell keines, weil es jetzt – es ist in der Welt, und es muss von Individuen gehandhabt werden.

Ich überspringe eine Frage und komm dann auf die zurück. Dasselbe gilt natürlich für die Fotos in den medizinischen Lehrbüchern. Besonders nachdenklich macht, wenn dasselbe Foto in unterschiedlichen Lehrbüchern mal einem dreijährigen und mal einem fünfjährigen Kind zugeschrieben wird, das heißt, das muss auch – die Verlage müssen irgendwie eine Fotodatei oder Fotokartei haben, wie Sachen zugeordnet werden. Juristisch ist es eigentlich ganz einfach: Es gilt das Recht am eigenen Bild, selbstverständlich. Aber wer – nicht? Also es muss dann auch dagegen vorgegangen werden, es müssen Prozesse – sozusagen Abmahnungen, Klagen erhoben werden. Das kann Herr Tolmein besser beschreiben, oder als Praktiker sicher noch besser beschreiben als ich.

Zum Personenstandsrecht international hoffe ich in nicht allzu ferner Zeit etwas informierter zu sein als jetzt noch heute. Ich betreue gerade eine Dissertation zu der Fragestellung, die die Personenstandsrechte der EU-Länder miteinander vergleicht. Es ist schon – gab schon eine oder liegt eine Studie vor, noch nicht veröffentlicht, aber im Internet verfügbar, die allerdings genau diese Frage nicht behandelt hat, sondern so die traditionellen Topoi des Personenstandsrechts behandelt.

Ja, noch sozusagen in Ergänzung zu dem, was Frau Schaal gefragt hat, so meine Forderungen. Also eigentlich sind im Laufe des Abends alle genannt worden. Sehr stark schließe ich mich auch dem Vorschlag von Herrn Tolmein aus dessen Eingangsstatement an, einen Entschädigungsfond für begangenes medizinisches Unrecht, das sich heute schwer beweisen ließe oder auch mit dem gegebenen juristischen Instrumentario nicht mehr durchfechten; Verjährungsfristen und Ähnliches. Also das stand auch noch drauf. Ich wollte nur noch sagen, dass auch ich das unterstütze. – Danke schön.

Vorsitzender: Vielen Dank. – Herr Dr. Tolmein.

Herr Dr. Tolmein: Ja, also das AGG, das bietet natürlich eine Basis, aber schon bei sehr viel anerkannteren Diskriminierungen ist es in der Rechtspraxis ausgesprochen schwer umzusetzen, was – das damit zu tun hat, dass unser Berufsstand der Juristen keinen Deut gesellschaftlich offener ist als der der Ärzte, und deswegen da erhebliche Reserven hat und sicherlich auch einen erheblichen Fortbildungsbedarf. Insofern gilt das, was Konstanze Plett da für die Ärzte gesagt hat natürlich auch sicherlich für die Juristen.

Hier war noch die Frage, die, glaube ich, unbeantwortet geblieben ist, wie ist es bei Spätabtreibungen, wie ermittelt man da überhaupt eine medizinische Indikation? Gut, das hängt auch da, nicht, wir haben ja hier das, die Heterogenität, die Frage ist also, kann man pränatal hier eine solche Abweichung feststellen? Wenn man sie pränatal feststellen kann, dann ist der entscheidende Punkt hier wie immer bei Spätabtreibungen, wird dadurch die Gesundheit der werdenden Mutter in irgendeiner Art und Weise beeinträchtigt? Und das ist ja in der Regel bei Spätabtreibungen eine psychische Beeinträchtigung. Ja, und so kann man dann eben in diesen Bereichen halt auch eine medizinische Indikation durch eine solche Diagnose feststellen und dann dementsprechend auch exerzieren. Es wird ja jetzt wohl im Mai im Bundestag zu diesem Thema noch mal verhandelt, wie mit Spätabtreibungen umgegangen werden soll. Ich denke, das muss man da sehen.

Zum internationalen Recht, nur als eine –, da gibt es zwei interessante Entscheidungen, es sind jetzt nicht personenstandsrechtliche Entscheidungen, eines obersten kolumbianischen Gerichtshofes, wo immerhin ganz interessant Intersexualität als sozusagen, also Intersexuelle als kulturelle Minderheit behandelt worden sind und ihnen dadurch bestimmte Rechte auch zugestanden wurden und medizinische Behandlungen eben als unrechtmäßig klassifiziert wurden. Das ist ein Zugang, den man wählen kann. Insgesamt ist es aber, glaube ich, auch so, wenn man sich die Berichte anschaut, dass überwiegend, zumindest in den westlichen industriellen Gesellschaften, man mit ähnlichen oder vergleichbaren Diskriminierungsstrukturen zu kämpfen hat, wie wir das hier auch haben. Also es gibt, glaube ich, nicht irgendein Land, wo man sagen kann, da könnt ihr hin auswandern als intersexuelle Menschen, da ist euer Paradies. Das ist, glaube ich, eindeutig nicht. Dieser Geschlechterdualismus, der dem Ganzen unter anderem zugrunde liegt, der ist sehr weit verbreitet.

Weil das jetzt ein Schlusswort sein soll, denke ich, möchte ich noch mal so drei Punkte nennen, die, glaube ich, für die künftige Behandlung des Themas wichtig sind. Das wären Prävention, Anerkennung und Entschädigung. Prävention bezieht sich darauf, dass die diskriminierende Behandlung – dass es eine Prävention für eine diskriminierende Behandlung von intersexuellen Menschen geben muss. Und das heißt, dass eben bei der Frage der medizinischen Eingriffe, insbesondere an kleinen Kindern, die noch nicht selber einwilligen können, meines Erachtens absolute Grenzen gezogen werden müssen, das heißt, Eingriffe, die auf gar keinen Fall vorkommen dürfen, die nämlich eine vergleichbare Schwere haben wie die Sterilisation. Bei anderen Eingriffen, die sehr schwer sind und die kaum reversibel sind, denke ich, wäre so ein möglicherweise ein Pflegschaftsmodell oder ein Verfahrenspflegermodell denkbar, wie das Konstanze Plett ja auch angeregt hat, nicht, so eine Art Dritter. Das wären aber eben nur Eingriffe, die nicht unter diese Kategorie der absolut verbotenen fallen müssen. Und insgesamt, denke ich, müsste ein Standard sein oder ein Standard werden, dass in sehr viel stärkerem Maße hier in Behandlungsentscheidungen auch Beratung eben nicht nur mit professionellen Experten, sondern mit Betroffenen in Selbsthilfegruppen einbezogen werden. Was natürlich zur Voraussetzung hat, dass diese betroffenen Selbsthilfegruppen vernünftig arbeiten können. Dazu hat Lucie Veith ja was gesagt. Das heißt natürlich auch, dass sie entsprechende Mittel zur Verfügung haben müssen, natürlich gerade so kleine Selbsthilfegruppen in diesem Fall proportional deutlich stärker gefördert werden müssen.

Anerkennung heißt, dass im Personenstandsrecht, denke ich, zumindest eine Offenheit dafür sein muss, dass es nicht nur zwei Geschlechter gibt. Und Anerkennung heißt, dass es in anderen Gesetzeswerken keine offene Diskriminierung gibt. Ich hab hier das Beispiel der Polizeibeamten genannt, das gilt aber natürlich auch für andere Teile des Beamtenrechts. Und das ist was, da das ja Landesrecht ist, wo Sie hier mit dem Rechtsausschuss oder was auch immer, denke ich, tatsächlich Regelungen treffen könnten und auch sollten, damit hier nicht eine solche Gruppe von Menschen beispielsweise vom Beamtenstatus ausgeschlossen wird.

Und der dritte Punkt, der Entschädigung, der betrifft eben die Fälle, wo es heute sehr sehr schwierig ist, noch eine Rechtsverfolgung zum Schadensersatzrecht zu machen. Wenn man sich anschaut, gibt es im deutschen Recht ja eine ganze Reihe von solchen öffentlich-rechtlichen Entschädigungsmöglichkeiten, ob es jetzt das Opferentschädigungsgesetz ist, ob das Regelungen nach dem Impfschadensgesetz sind, ob das Contergan-Geschädigte sind. Und ich denke, wir haben es hier mit einer Gruppe zu tun, die tatsächlich idealtypisch für eine solche Regelung – für die eine solche Regelung in Betracht käme. Und ich denke, dadurch würde auch ausgedrückt werden, das hatte ich am Anfang schon gesagt und damit würde ich dann jetzt auch schließen wollen den Bogen, dadurch würde ausgedrückt werden, dass heute wir einen anderen Stand haben und dass wir auch möchten, dass in Zukunft die Verhältnisse sich hier auf Grundlage sowohl der Betroffenen-Berichte als auch vielleicht neuerer medizinischer Kenntnisse – sich hier die Verhältnisse grundlegend ändern.

Vorsitzender: Vielen Dank. Und dann hat noch mal Frau Veith das Wort.

Frau Veith: Danke. Ich will das auch noch mal ganz schnell abarbeiten. AGG zieht bei uns überhaupt nicht, haben wir ein großes Problem. Es ist zwar die sexuelle Selbstbestimmung mit aufgenommen worden, wird aber bei uns ja auch verletzt. Also jemand, der beschnitten ist, kann seine sexuelle Selbstbestimmung nicht mehr ausüben. Also das ist stumpf, dieses Schwert. Also wenn es passiert ist, kann man nichts mehr ändern. Das vorangesetzt. Da empfehle ich Ihnen auch noch mal den Aufsatz, oder die Erwiderung, die abschließenden Bemerkungen zum CHDW vom Februar diesen Jahres, die sind jetzt gerade übersetzt worden, können Sie runterladen beim Bundesministerium für Familie. Und da wird genau das auch angeprangert, dass das – wir haben drei Stellen, die sich gegenseitig im Weg stehen – da kann nichts passieren, solange die nicht anders organisiert sind –, und die nicht wirklich auch etwas erledigen können. Also die haben überhaupt keine Mittel, irgendwie tatsächlich einzuschreiten. Die können denn sagen, ja, es ist ganz schrecklich, nehme ich auf, und gut ist. Wir hatten Kontakt zu diesen Stellen, also genauso passiert es.

Zu den OPs, ob die noch laufen oder nicht laufen: Die laufen weiter, das kann ich Ihnen sagen. Das jüngste Kind, das wir jetzt gesehen haben, war zehn Monate alt, keine Diagnose, aber schon gonadektomiert und beschnitten. Das Erziehungsgeschlecht – zum Erziehungsgeschlecht, das ist ja auch so eine Geschichte: Wir sind auch der Meinung, dass man ein Kind in eine Rolle erziehen muss, aber das heißt ja nicht, dass ich dieses Kind in dieser Rolle, wenn ich das in einer bestimmten Rolle erziehe, dass ich das auch gleich körperlich so zurechtstutzen muss. Das ist ja nun nicht der Fall.

Zu diesem internationalen Vergleich, da waren zwei Sachen eben schon angesprochen. Das war einmal Kolumbien. Kolumbien, da stehen diese Kinder wirklich unter Schutz. Da gibt es ein Operationsverbot, also der kosmetischen Operation an allen unter Zwölfjährigen ist es, glaube ich, nicht? Unter zwölf, ja, oder unter 14 sogar. In Großbritannien hat man ein nationales System. Die Kinder werden gemeldet, wenn eine intersexuelle Geburt da ist. Dort ist ein Gremium sozusagen, da sind Psychologen, da sind Betroffene mit einbezogen, da sind Selbsthilfegruppen einbezogen, da sind Mediziner einbezogen natürlich, und die Eltern werden beraten. Aber es werden in erster Linie mal die Eltern versorgt, das, und den Kindern wird die Chance gegeben, sich zu entwickeln. Damit man überhaupt mal weiß, in welche Richtung das geht.

Das Recht am eigenen Bild, das hat sich nicht geändert, aber das wird konsequenter durchgezogen. Das können wir aus der Außensicht, oder, ja, sagen, es wird weniger fotografiert, und darüber sind wir sehr froh, weil das sehr traumatisierend ist. Auch die Angst, irgendwann mal sein eigenes Genital wieder in irgendeinem Lehrbuch zu finden – ich kenne ganz viele Leute, die wissen, dass sie fotografiert worden sind, die sind fast panisch, gucken jedes Buch durch, dass da irgendwie kommt, ob sie sich selbst wiedersehen. Ich weiß auch nicht, ob das nötig ist, dass man Genitale kleiner Kinder fotografiert, zumal das bei Diagnosen ist, wo überhaupt nichts zu sehen ist. Wenn ich sehe, dass da die Beine mit zwei Händen auseinandergerissen werden, dann erinnert mich das an Gewalt, und da sollte man sich fragen: Ist das schon ein Gewalteingriff oder nicht?

Dann noch mal – ganz kleinen Moment, muss mal schnell gucken: Es kam vorhin der Vorwurf, dass hier eine Gruppe fehlt, und zwar die der Eltern und der Kinder. Ich muss sagen, wir haben einen Elternbeirat. Und wir sprechen mit diesen Eltern, die in der Selbsthilfe sind. Und da gibt es keine großen Unterschiede in den Einstellungen. Dass Eltern wollen, dass es ihren Kindern gut geht, das ist klar. Dass da ganz viel dran herumoperiert werden muss und ganz viel verändert werden muss, das kommt nicht von den Eltern, das wünschen Eltern sich nicht. Die sehen auch, wie ihre Kinder leiden. Und wenn Eltern befragt

werden, oder wenn ein Jugendlicher befragt wird, wie fühlst Du dich, fühlst Du dich gut, dann fühlen die sich natürlich gut. Die leben sich ja aber auch noch nicht. Wann ist denn dieses sexuelle Erleben, wann kommt das?

Das spielt doch, speziell gerade beim Geschlecht die Hauptsache, oder die Hauptrolle. Und fragen wir diese Kinder – wenn Professor Hiort hier ganz stolz auf seine Befragung guckt: Ja, unsere Kinder, die wir jetzt befragt haben, die – das ist viel besser geworden und die fühlen sich viel wohler. Das mag ja alles sein, das kann alles ganz toll sein. Aber solange es – Sie mit einer Quote von 30 Prozent “unzufrieden“ kommen, die Sie in zehn Jahren befragt haben, dann muss ich Ihnen sagen, dass jedes Kind, das Sie heute angefasst haben oder zugewiesen haben, ein Fehler war. Und bevor Sie mir nicht beweisen können, dass es klappt, können Sie mir nicht sagen, oder werde ich Ihnen nicht zustimmen, dass Sie überhaupt noch irgendein Skalpell ansetzen dürfen. Und ich wünsche mir, solange Sie keinen Standard entwickelt haben, lassen Sie diesen Kindern ihre Chance zu einem Leben!

Ja, und das ist eigentlich auch schon – also das mit dem – im Schattenbericht fordern wir eine Wahrheitskommission. Diese Wahrheitskommission könnte aussehen wie – ich weiß nicht, ob Sie das mit den Residential Schools in Kanada verfolgt haben oder wie viel Sie darüber wissen. Da wurden ja Indianer von ihren Eltern entfremdet und ihrer Kultur entfremdet. Und diese Kinder wurden jetzt entschädigt und das wurde jetzt erst anerkannt. Aber es musste untersucht werden, woher kam das eigentlich? Wer hatte das verursacht? Wer hatte das zu vertreten? Uns geht es nicht in der ersten Linie um Geld, es geht uns in erster Linie um bessere Versorgung, um ein selbstbestimmtes Leben für die nachkommende Generation – und um die Wahrheit. Denn wir wissen, da wird so viel gelogen um diese ganze Geschichte, weil, jeder versucht sich natürlich zu schützen. Und wir sind der Meinung, die Wahrheit muss auf den Tisch! Und wenn die Wahrheit auf den Tisch kommt, dann können wir auch – warum müssen wir beweisen, dass wir operiert worden sind? Und warum muss ich die Akten ranbringen, und nicht der Arzt beweisen, was er gemacht hat? Also, wir haben sehr viele Hoffnungen in Sie – und ja, danke, dass wir hier sein durften heute.

(Beifall)

Vorsitzender: Ja, vielen Dank, Frau Veith. Ob wir nun all diese Hoffnungen und wie zeitnah die erfüllen können, das vermag ich heute nicht zu versprechen. Aber Sie sehen ja in der Tat, dass wir uns wirklich Zeit genommen haben und noch weiter Zeit nehmen werden. Damit würde ich dann sagen, ist – ich guck so nach links und rechts, bevor Frau Domres auch noch was sagt, würde ich mich erst mal ganz herzlich bei Ihnen bedanken wollen. Es sei denn, Frau Domres hätte jetzt noch eine Frage?

(Zwischenruf Abg. Anja Domres: Nein.)

Keine Frage, gut. Dann würde ich mich erst mal ganz herzlich dafür bedanken, dass Sie sich die Zeit genommen haben, auch für Ihr Engagement in dieser Sache. Und wir werden als nächsten Schritt die Diskussion mit dem Senat darüber führen, und dann sicherlich einzeln oder gemeinsam auch, vermute ich mal, Initiativen dazu entwickeln. Damit erst mal zum Tagesordnungspunkt 1. Aber Frau Domres hatte sich auch noch gemeldet.

Abg. Anja Domres: Ja, natürlich möchte ich auch den verbliebenen Expertinnen und Experten auch im Namen der SPD-Fraktion danken, dass Sie heute hier waren. Ich fand, um das noch mal zu wiederholen, ich fand es sehr interessant. Und trotz dieser guten drei Stunden, die wir uns jetzt mit dem Thema beschäftigt haben, fand ich, dass wir viele Punkte einfach nur anreißen konnten. Trotz alledem, vielen Dank. Und ob wir die hohen Erwartungen erfüllen können, ja, das müssen wir gucken. Wir müssen sehen, was wir jetzt mit dem Wissen hier als Politiker anfangen können. Vielen Dank.

Vorsitzender: Gut. Ich gehe davon aus. Ja, vielen Dank für Ihr Kommen. Sie dürfen gern noch ein paar Minuten hierbleiben, aber Sie müssen es ganz gewiss nicht, von daher, weil wir jetzt im Moment uns über organisatorische Dinge nur noch unterhalten, also. Würde ich vielleicht sonst ganz kurz unterbrechen, für die die gehen wollen, sonst geht das so im Chaos unter.

Zu TOP 2

Der Vorsitzende erklärte, die Obleute hätten sich einvernehmlich darauf geeinigt, die Senatsbefragung zur Selbstbefassungsangelegenheit „Hermaphroditen“ erst in der Sitzung am 2. Juni 2009 durchzuführen, da die Vorbereitungszeit bis zum 5. Mai 2009 für den Senat zu kurz sei. Weiterhin verwies er auf die gemeinsame Sitzung mit dem Wirtschaftsausschuss am 14. Mai 2009, in der die Drucksache 19/2211 „Stärkung der Gesundheitswirtschaft“ beraten werden solle. Die Terminplanung bis zur sitzungsfreien Zeit solle in der Sitzung am 5. Mai 2009 abgestimmt werden.

Die GAL-Abgeordneten hielten es für hilfreich, wenn an der Senatsbefragung am 2. Juni 2009 wieder ein Vertreter der Justizbehörde teilnehmen würde.

Der Vorsitzende erwiderte, dieser Vorschlag werde unterstützt. Die Entscheidung über die Teilnahme der jeweiligen Senatsvertreter liege jedoch beim Senat.

Für die Richtigkeit:

Tatjana Breyer
(Sachbearbeitung)