



Philosophische Fakultät

Institut für Europäische Ethnologie
Möhrenstraße 40/41
10117 Berlin

Dr. Ulrike Klöppel

ulrike.kloeppe@hu-berlin.de

Wissenschaftliche Mitarbeiterin Forschungsprojekt

*„Keine Rechenschaft für Leidenschaft!“
Aids-Krise und politische Mobilisierung
in den 1980er und frühen 1990er Jahren
in Deutschland*

www.euroethno.hu-berlin.de/

de/forschung/projekte/AKPM

**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zum Schutz
von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung
(Drs. 19/24686 vom 25.11.2020)**

Berlin, 11.1.2021

Einleitung

Seit den 1990er Jahren kritisieren Organisationen intergeschlechtlicher Menschen medizinische Behandlungen, die der Anpassung von Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale an ein normatives weibliches oder männliches Erscheinungsbild dienen und in die die Betroffenen nicht selbst und auf Grundlage umfassender Aufklärung eingewilligt haben, als Verstoß gegen elementare Menschenrechte.¹ Inzwischen sind viele Berichte Betroffener über gravierende Folgen solcher Eingriffe für die Funktionalität, Empfindsamkeit und das Aussehen der Geschlechtsorgane sowie über Traumatisierungen durch das Behandlungssetting publik geworden.² Internationale menschenrechtliche Gremien haben die Bundesregierung wiederholt gerügt, die Betroffenen nicht wirksam vor dieser menschenrechtswidrigen Praxis zu schützen.³ Den Protesten und den Rügen ist es zu verdanken, dass sich seit einigen Jahren ein Teil der Ärzteschaft um einen Paradigmenwechsel im medizinischen Umgang mit intergeschlechtlichen Menschen bemüht, was insbesondere in der im Juli 2016 veröffentlichten „S2k-Leitlinie 174/001: Varianten der Geschlechtsentwicklung“ zum Ausdruck gekommen ist.⁴

Allerdings sind medizinische Leitlinien nicht bindend. Feminisierende und maskulinisierende Operationen an Kindern unter 10 Jahren waren bis Ende 2016 nicht rückläufig.⁵ Eine aktuelle Datenabfrage beim „Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ für die Operationsprozeduren „Operationen an der Klitoris“ (OPS 5-713) und „Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina“ (OPS 5-705) zeigt, dass selbst solche besonders umstrittenen Eingriffe auch noch in den Jahren 2017 und 2018 durchgeführt wurden, und zwar überwiegend in vier Bundesländern (s. Diagramme 1 & 2 im Anhang). Das spricht dafür, dass auch noch nach Herausgabe der S2k-Leitlinie 174/001 zumindest in manchen Bundesländern chirurgische Anpassungen an das weibliche oder männliche Erscheinungsbild allein aus psychosozialen (oder auch: psychiatrischen) Gründen vorgenommen werden und nicht etwa, um eine erhebliche körperliche Gesundheitsgefahr abzuwenden.

Der Schutz der geschlechtlichen Selbstbestimmung und körperlichen Unversehrtheit intergeschlechtlicher Kinder – und im weiteren Sinne: aller Kinder mit einer angeborenen Variation der körperlichen

¹ AGGPG (1997): Hermaphroditen im 20. Jahrhundert zwischen Elimination und Widerstand. Faltblatt, Bremen; Reiter, B. M. (1997): „It’s easier to make a hole than to build a pole. ‘ Genitale Korrekturen an intersexuellen Menschen“. In: Koryphäe 21: 47-51; Hassel, S. L. / XY-Frauen (2002): Wie gestaltet sich die Situation von Intersexuellen heute? Welche Forderungen ergeben sich hieraus für die Politik? Zusammenfassung der Antworten der XY-Frauen. In: Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion (Hg.): Jenseits der zwei Geschlechter. Zur Situation intersexueller Menschen. Broschüre, Berlin: 16; Kromminga, I. (2005): „Die Borniertheit der Toleranz. Die extraterrestrischen Strahlen meiner Jugend – (Scotty, where ARE you?!)“. In: Neue Gesellschaft für Bildende Kunst e.V. (Hg.): 1-0-1 [one 'o one] intersex. Das Zwei-Geschlechter-System als Menschenrechtsverletzung. Ausstellungskatalog, Berlin: 27-31; Third International Intersex Forum (01.12.2013): Public Statement (Declaration of Malta), <http://oiieurope.org/public-statement-by-the-third-international-intersex-forum/>.

² Zum Beispiel: Barth, E., et al. (Hg.) (2013): Inter – Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen in der Welt der zwei Geschlechter. Berlin; TransInterQueer / IVIM/OII Germany (2016): Medizinische Eingriffe an Inter* und deren Folgen: Fakten & Erfahrungen. Berlin: Broschüre [http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/eingriffe_broschuere_inter_2016_sm.pdf]; Organisation Intersex International Europe (2019): #MyIntersexStory - Personal accounts by intersex people living in Europe. Broschüre [https://oiieurope.org/wp-content/uploads/2019/11/testimonial_broch_21-21cm_for_web.pdf].

³ Einen aktuellen Überblick gibt die Begründung zum Gesetzentwurf auf S. 12.

⁴ https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/174-001l_S2k_Geschlechtsentwicklung-Varianten_2016-08_01.pdf.

⁵ Hoenes, J., Januschke E., Klöppel, U. (2019): Häufigkeit normangleichender Operationen „uneindeutiger“ Genitalien im Kindesalter. Follow Up-Studie. Bulletin – Texte 44; hrsg. von Geschäftsstelle des Zentrums für transdisziplinäre Geschlechterstudien der Humboldt-Universität zu Berlin, Heft-Hrsg.: Sabisch, K. [<https://www.gender.hu-berlin.de/de/publikationen/gender-bulletin-broschueren/bulletin-texte/texte-44-3/bulletin44-entwurf-final.pdf>].

Geschlechtsmerkmale – muss endlich rechtswirksam sichergestellt werden. Dazu ist der Gesetzentwurf ein Schritt in die richtige Richtung. Aber es besteht aus meiner Sicht Nachbesserungsbedarf.

Gliederungsübersicht:

1. <i>Beschränkter Schutzbereich des Verbots</i>	2
2. <i>Fehlende externe Prüfung der Einwilligungsfähigkeit</i>	4
3. <i>Verfestigter Behandlungswunsch und psychische Gesundheitsgefahren dürfen ohne Erprobung alternativer Problemlösungen keine Ausnahme vom Verbot ermöglichen</i>	4
4. <i>Familiengerichtliche Prüfung der Nicht-Aufschiebbarkeit der Behandlung bis zu einer selbstbestimmten Entscheidung des Kindes</i>	5
5. <i>Evaluierung erfordert Zentrales Melderegister und langfristige Aufbewahrung auch der Verfahrensakten</i>	6
6. <i>Bougierung explizit verbieten</i>	8
7. <i>Interdisziplinären Kommission muss vom Behandlungskontext unabhängige Perspektiven einbeziehen</i>	8
8. <i>Verpflichtende Stellungnahme der Kommission; verpflichtende Vorlage auch bei Ablehnung; Dissens offenlegen</i>	9
9. <i>Pflicht zur Inanspruchnahme einer Peer-Beratung oder Besuch von Selbsthilfegruppen</i>	9
10. <i>Verlängerung der Verjährungsfristen</i>	10
11. <i>Entschädigung und staatliche Anerkennung der jahrzehntelangen Menschenrechtsverletzungen</i>	10
<i>Anhang</i>	11

1. [Beschränkter Schutzbereich des Verbots](#)

Der rechtliche Schutz für nicht einwilligungsfähige Kinder vor feminisierenden oder maskulinisierenden Behandlungen hängt in der vorgeschlagenen Form des § 1631e grundsätzlich davon ab, ob die angeborene Variation der körperlichen Geschlechtsmerkmale des Kindes medizinisch als „Variante der Geschlechtsentwicklung“ eingeordnet wird oder nicht. Damit wird die Gewährung des Schutzes nicht primär von menschenrechtlichen Gesichtspunkten geleitet, sondern nur sekundär in Abhängigkeit von der jeweiligen medizinischen Einordnung eines Kindes. Die menschenrechtlich kritisierten Praktiken geschlechtsnormierender, kosmetischer Behandlungen werden somit nicht für alle Kinder verboten.⁶ Mit der Abhängigkeit des Verbots von einer medizinischen Einordnung würde § 1631e somit eine Ungleichheit von Kindern hinsichtlich des Schutzes der körperlichen Integrität und der geschlechtlichen Selbstbestimmung in Kauf nehmen. Eine „nachhaltige Gesetzesentwicklung“, wie sie die „Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie“ vorsieht und dem Gesetzentwurf auch vom

⁶ Vgl. Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen: Stellungnahme IVIM – OII Germany zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung“ vom 23.09.2020, 3.11.2020 [<https://oii germany.org/stellungnahme-nov-2020/>]; Intersexuelle Menschen e.V., Bundesverband: Stellungnahme zum weiteren Gesetzgebungsverfahren eines „Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung“, 2.12.2020 [https://im-ev.de/aktivitaeten-2020_12_02_stellungnahme_gesetz_schutz_vdg/].

Parlamentarischen Beirat für nachhaltige Entwicklung in Hinblick auf seinen Beitrag zu „weniger Ungleichheiten“ attestiert worden ist, kann ich in der vorgeschlagenen Regelung daher nicht erkennen.⁷

Indem der Gesetzentwurf mit der zentral gesetzten Bezeichnung „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ auf einen medizinisch definierten Begriff und Gegenstandsbereich rekurriert, wird in Kauf genommen, dass der Schutzbereich des Gesetzes weder längerfristig fixiert noch eindeutig und verbindlich definiert ist. Aus der Begründung zum Gesetzentwurf (S. 23) wird ersichtlich, dass sich der im Gesetz verwendete Begriff der „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ auf die Definitionen stützen soll, die in der derzeit geltenden S2k-Leitlinie 174/001 gegeben werden. Doch die Leitlinie und damit der Begriff sind wandelbar – die Leitlinie soll bereits im Juli 2021 wieder überprüft und ggf. verändert werden.

Der Gegenstandsbereich der „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ ist in der Leitlinie zudem nicht klar abgegrenzt. Zwar wird dieser auf das diagnostische Spektrum der „DSD-Klassifikation gemäß der Chicago-Konsensuskonferenz 2005“ festgelegt, jedoch bleiben manche der Angaben zu den unter DSD fallenden Diagnosen ungenau: Diagnosen werden nur exemplarisch und nicht abschließend aufgelistet, so dass z.B. nicht klar ist, ob auch „Hypospadien“ des Schweregrads II (Harnröhrenmündung am Penischaft) unter „46XX DSD“ fallen könnten.⁸ Außerdem scheint es in der Ärzteschaft einen Dissens darüber zu geben, ob auch die verschiedenen Varianten des „Adrenogenitalen Syndroms“ (bei XX-Geschlechtschromosomen) unter DSD fallen.⁹ Obwohl die Begründung zum Gesetzentwurf, was ich absolut begrüße, ausdrücklich vermerkt, dass auch AGS unter die Regelung des § 1631e fällt (S. 23), steht der rechtliche Schutz für AGS-Kinder also leider auf tönernen Füßen.

Aus inter*-aktivistischer, biologischer¹⁰ und sozialwissenschaftlicher Sicht ist des Weiteren zu kritisieren, dass das medizinische Verständnis des Gegenstandsbereichs der „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ relativ willkürlich und variabel Grenzen zu anderen Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale zieht, die als „isolierte“ oder „sonstige Fehlbildungen der Geschlechtsorgane“ bezeichnet werden. Diese Praxis wird dem realen Spektrum und den fließenden Übergängen geschlechtlicher Vielfalt nicht gerecht.

Alles in allem setzt der Entwurf also einen nicht durch das Gesetz geregelten Entscheidungsbereich voraus, indem den behandelnden Ärzt*innen zugestanden, aber auch zugemutet wird, ohne medizinunabhängige Kontrolle auf einer (wie oben aufgezeigt) wandelbaren und umstrittenen Wissens- und Erfahrungsgrundlage eine Entscheidung mit juristischen Konsequenzen zu treffen, nämlich ob ein nicht einwilligungsfähiges Kind als Variante der Geschlechtsentwicklung einzustufen ist und ob somit geplante feminisierende respektive maskulinisierende Eingriffe dem Verbot nach § 1631e unterliegen oder nicht. Bekanntermaßen ist solch eine differentialdiagnostische Entscheidung nicht immer

⁷ Parlamentarischen Beirat für nachhaltige Entwicklung: Gutachtliche Stellungnahme, hier: keine Prüfbitte. Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung, 9.12.2020, A-Drs. 19(26)89-5.

⁸ Zu den „Schweregraden“ siehe <https://www.zentrum-penischirurgie.com/penisoperation-behandlungsspektrum/hypospadie/>, Stand: 10.1.2021.

⁹ In der „Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz zum Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern vor geschlechtsverändernden operativen Eingriffen“ der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -Diabetologie e. V. (DGKED) heißt es, „die aktuelle internationale Fachliteratur lehnt eine Gleichstellung von DSD und AGS entschieden ab“ (https://www.bmju.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/Stellungnahmen/2020/Downloads/021720_Stellungnahme_DGKED_RefE_SchutzKinder.pdf?__blob=publicationFile&v=3, S. 7).

¹⁰ Blackless, M., et al. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. American Journal of Human Biology 12(2): 151-166; Voß, H.-J. (2011): Geschlecht: Wider die Natürlichkeit. Stuttgart.

zweifelsfrei zu treffen.¹¹ Ärzt*innen müssen bei einer Fehleinschätzung straf- und zivilrechtliche Konsequenzen befürchten, sofern die Betroffenen oder deren Eltern die Rechtmäßigkeit der Eingriffe gerichtlich prüfen lassen. Statt mehr Rechtssicherheit für Ärzt*innen, Eltern und insbesondere für die Kinder herzustellen, sorgt der Gesetzentwurf für systematische Unsicherheiten.

2. Fehlende externe Prüfung der Einwilligungsfähigkeit

Der Gesetzentwurf hält es für ausreichend, dass allein Ärzt*innen die Einwilligungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen prüfen und feststellen. Die Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen (OII Germany e.V.) wie auch der Bundesverband von Intersexuelle Menschen e.V. kritisieren hingegen zu Recht in ihren Stellungnahmen zum Gesetzentwurf, dass dieser keine Vorkehrungen trifft, um prüfen zu lassen, dass als einwilligungsfähig angesehene Kinder und Jugendliche tatsächlich frei von familiärem und gesellschaftlichen Druck eine Behandlungsentscheidung treffen.¹² Feminisierende und maskulinisierende Behandlungen sind in der Regel schwerwiegende und irreversible Eingriffe. Daher sollte eine behandelungsexterne Prüfung der Einwilligungsfähigkeit gesetzlich verankert werden – wahrscheinlich am zweckmäßigsten durch ein Familiengericht. Bei der Einwilligungsprüfung muss sichergestellt werden, dass die Kinder bzw. Jugendlichen die Tragweite ihrer Entscheidung, Behandlungsrisiken und möglicherweise erforderliche Folgebehandlungen tatsächlich verstehen, und dass sie Alternativen zur Behandlung ausreichend kennengelernt haben.

Letzteres sollte beinhalten, dass sie sich mit anderen intergeschlechtlichen Menschen (bzw. mit Menschen mit Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale) austauschen, die sie empowern könnten, ihren Körper anzunehmen, wie er ist. Intergeschlechtlichkeit ist in weiten Teilen der Gesellschaft immer noch stigmatisiert. Für Kinder und Jugendliche ist es besonders schwer, mit möglichen Diskriminierungen, die sich auf ihr geschlechtliches Erscheinungsbild beziehen, umzugehen. Zwar hat sich das Geschlechterverständnis unserer Gesellschaft gewandelt und es gibt mehr Verständnis für Geschlechtervielfalt, doch hängt dies stark davon ab, in welchem sozialen Umfeld ein Kind bzw. Jugendliche*r aufwächst. Der soziale Druck, den eigenen Körper den Geschlechternormen anzupassen, kann unter Umständen sehr hoch sein. Um den Anpassungsdruck von den Kindern und Jugendlichen zu nehmen und sie darin zu unterstützen, ihre Intergeschlechtlichkeit annehmen zu können, ist es unabdingbar, dass flankierend zum Gesetz Bund und Länder ihre Bemühungen um gesamtgesellschaftliche Aufklärung – insbesondere auch die Aufklärung in Kitas und Schulen – verstärken.

3. Verfestigter Behandlungswunsch und psychische Gesundheitsgefahren dürfen ohne Erprobung alternativer Problemlösungen keine Ausnahme vom Verbot ermöglichen

Die Begründung zum Gesetzentwurf macht auf Ausnahmen vom Eingriffsverbot aufmerksam, die ich so nicht hinnehmbar finde, sollten sie sich in der Gesetzesauslegung verfestigen. Auf S. 23 wird zu § 1631e, Abs. 1, die Wendung „ohne dass ein weiterer Grund für die Behandlung hinzutritt“ näher erläutert: „Solche Gründe können auch darin liegen, dass das Kind selbst einen verfestigten eigenen Wunsch entwickelt hat, selbst wenn es noch nicht als einwilligungsfähig angesehen wird.“ Da ein solcher „verfestigte eigene Wunsch“ des Kindes hochgradig beeinflussbar ist durch sein soziales Umfeld, während es zugleich mangels Einsichts- und Urteilsfähigkeit die Folgen einer feminisierende oder

¹¹ Die S2k-Leitlinie 174/001 geht daher in mehreren Empfehlungspunkten auf Fragen der Differentialdiagnostik ein.

¹² Vgl. Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen: Stellungnahme: siehe Anm. 6; Intersexuelle Menschen e.V., Bundesverband: Stellungnahme: siehe Anm. 6.

maskulinisierende Behandlung nicht überblicken kann, ist es meiner Meinung nach mehr als fragwürdig, diesen als Begründung für einen solchen Eingriff ohne Weiteres gelten zu lassen.¹³

Würde der „verfestigte eigene Wunsch“ zusammen mit einer psychologischen/psychiatrischen Begründung seiner Dringlichkeit („starke psychische Belastung“ bzw. „psychische Gesundheitsgefahren“ im Sinne einer „schwerwiegenden behandlungsbedürftigen Erkrankung“ – wie es in der Begründung zum Gesetzentwurf auf S. 24 und 27 heißt) von Familiengerichten als Basis einer Befürwortung feminisierender oder maskulinisierender Maßnahmen regelmäßig akzeptiert werden, dann würde das Verbot nach Abs. 1 sehr schnell untergraben werden. Eigentlich müsste bezüglich eines solchen verfestigten Behandlungswunsches eines nicht einwilligungsfähigen Kindes das Gleiche gelten, was in der Begründung in der Erläuterung zur Nicht-Aufschiebbarkeit in Bezug auf „Mobbing unter Kindern“ ausgeführt wird: Solchen Diskriminierungen muss durch „Beratung, Unterstützung und Aufklärung“ entgegengewirkt werden und nicht durch irreversible Behandlungsmaßnahmen. Analog müsste mit einem Operationswunsch des nicht-einwilligungsfähigen Kindes umgegangen werden, zumindest so lange nicht ausgeschlossen werden kann, dass der Wunsch eine Reaktion auf ein geschlechtsnormativ agierendes soziales Umfeld ist.

Diesbezüglich sieht der Gesetzentwurf aber leider keine erhöhten Prüfkriterien vor. Zwar wird in der Begründung (S. 27) ausgeführt, dass für die familiengerichtliche Entscheidung über die Genehmigung auch die Prüfung erforderlich ist, ob „alternative Eingriffe und Behandlungen“ möglich sind. Dies spiegelt sich im Gesetzestext in Abs. 5, Nummer 4, wider, wo es heißt, dass die befürwortende Stellungnahme der interdisziplinären Kommission auch Angaben dazu enthalten muss, „welche Risiken mit diesem Eingriff, *mit einer anderen Behandlung* [meine Hervorhebung, U.K.] oder mit dem Verzicht auf einen Eingriff bis zu einer selbstbestimmten Entscheidung des Kindes verbunden sind“. Jedoch: Mit der Formulierung „Risiken ... mit einer anderen Behandlung“ geht es – wie auch im Begründungstext – nur um die Prüfung der *Möglichkeit* alternativer Behandlungen. Das impliziert, dass es für eine familiengerichtliche Genehmigung eines Eingriffs nicht zwingend erforderlich ist, dass die Eltern tatsächlich über einen relevanten Zeitraum Versuche unternommen haben, die psychische Belastung ihres Kindes durch „psychosoziale Alternativen“ (S. 31) zur medizinischen Behandlung zu verringern, indem sie etwa Psychotherapie, Paar- oder Familientherapie in Anspruch genommen haben, Inter*-Peer-Kontakte vermittelt oder indem sie z.B. auf Aufklärungsworkshops an der Schule des Kindes hingewirkt oder sich um Unterstützung von Beratungsstellen, ggf. auch einer Antidiskriminierungsstelle, bemüht haben. Damit also die tatsächlichen Bemühungen um „andere Behandlungen“ zumindest in Hinblick auf psychologische Probleme des Kindes in die familiengerichtliche Bewertung einfließen können, muss eine Nachbesserung in § 1631e, Abs. 5, erfolgen.

4. Familiengerichtliche Prüfung der Nicht-Aufschiebbarkeit der Behandlung bis zu einer selbstbestimmten Entscheidung des Kindes

In § 1631e, Abs. 3, obliegt es dem Familiengericht zu prüfen, ob der geplante Eingriff dem Kindeswohl am besten entspricht. Da in Abs. 2 zur Voraussetzung für die Einwilligungsbefugnis der Eltern gemacht wird, dass „der Eingriff nicht bis zu einer selbstbestimmten Entscheidung des Kindes aufgeschoben werden kann“, sollte die Nicht-Aufschiebbarkeit ebenfalls expliziter Bestandteil der familiengerichtlichen Prüfung sein. Wie der Lesben- und Schwulenverband (LSVD) in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf überzeugend schreibt, ist die „Aufschiebbarkeit ... ein ganz wesentlicher Aspekt des Schutzes der geschlechtlichen Selbstbestimmung der Kinder“.¹⁴ Die familiengerichtliche Prüfung

¹³ Vgl. Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen: Stellungnahme: siehe Anm. 6.

¹⁴ Lesben- und Schwulenverband (LSVD), Bundesverband: Stellungnahme des Lesben- und Schwulenverbands (LSVD) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zum Schutz von Kindern mit Varianten der

der Nicht-Aufschiebbarkeit sollte daher expliziter Gegenstand des Gesetzes sein. Sie könnte in Abs. 3, Satz 2, ergänzend eingefügt werden.

5. Evaluierung erfordert Zentrales Melderegister und langfristige Aufbewahrung auch der Verfahrensakten

Sehr zu begrüßen ist es, dass der Gesetzentwurf in Artikel 6 eine Verpflichtung der Bundesregierung zur Evaluierung des Gesetzes vorsieht, um die Wirksamkeit der Regelungen in Artikel 1 und 3 zu überprüfen. Allerdings sollte eine Evaluation bereits nach drei Jahren erfolgen, denn zehn Jahre ein Gesetz anzuwenden, das in der Praxis womöglich nicht greift, ist aus Gründen des Kinderschutzes unzumutbar.

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird behauptet, dass der lange Zeitraum von zehn Jahren notwendig sei, „weil es nur sehr wenige Betroffene gibt und es länger dauert, bis allgemeine Erfahrungen (über Einzelfälle hinaus) ausgewertet werden können“ (S. 22). Die Bundesregierung geht von einer Schätzung von 150 „genehmigungspflichtigen operativen Eingriffen“ pro Jahr aus. Diese Zahl berücksichtigt jedoch keine Hormon- bzw. medikamentösen Behandlungen. Zudem sind nach meinen Ausführungen in Punkt 1 auch Umgehungsrisiken des Gesetzes über differentialdiagnostische Fehleinschätzungen in Betracht zu ziehen, weshalb auch die genehmigungsfreien, feminisierenden oder maskulinisierenden Behandlungen von Kindern ohne Diagnosen, die unter die „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ fallen, sowie die Behandlungen an als einwilligungsfähig eingeschätzten Kindern und Jugendlichen in die Evaluation einbezogen werden sollten.

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird auf S. 34 ein zweites Argument für eine Evaluation nach zehn Jahren angeführt: Erst nach zehn Jahren Laufzeit des Gesetzes würden einige der Kinder, „die unter Anwendung der Neuregelung operiert werden, ein Alter erreicht haben, in dem sie eine eigene reflektierte Sichtweise schildern können.“ Da allerdings auch ältere Kinder und Jugendliche, sofern sie noch nicht einwilligungsfähig sind, aber operiert werden, unter die Maßgaben des Gesetzes fallen, verfängt das Argument nicht. Wichtig an dem Argument ist hingegen, dass die Aussagen der betroffenen Kinder in eine Evaluation des Gesetzes einfließen sollten. Jedoch müsste auch (mindestens) eine Vergleichsgruppe gebildet werden aus Kindern und Jugendlichen mit Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale, die nicht operiert worden sind.

Ein integratives Design aus verschiedenen Untersuchungsmethoden ist für eine Evaluation erfahrungsgemäß hilfreich. Daher sollten auch andere Methoden zur Anwendung kommen, die bereits nach drei Jahren sinnvolle Ergebnisse erbringen können. Die nachfolgende Auflistung soll dazu eine Anregung geben:

Übersicht über mögliche Forschungsmethoden für retrospektive Gesetzesfolgenabschätzung:

- Befragungen (quantitative & qualitative Erhebungen: schriftliche Fragebogenerhebungen; Expert*inneninterviews; Fokusgruppen)
 - o Behandelnde Ärzt*innen (Krankenhäuser)
 - o Mitglieder interdisziplinärer Kommissionen
 - o Familienrichter*innen
 - o Peer-Berater*innen
 - o Mitarbeiter*innen psychosozialer und kinder-/jugendpsychiatrischer Beratungsangebote für Eltern und Kinder

- Kinder und Jugendliche (später: auch Erwachsenen)
- Eltern/Angehörige dieser Kinder/Jugendlichen
- Sekundäranalytische Auswertungen von Vollerhebungen:
 - DRG-Statistik („fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik“)
 - (noch einzurichtendes) Zentrale Melderegister des Bundes oder der Länder
- Interdisziplinäre qualitative Aktenanalyse (Stichproben) aus medizinischer, sozialwissenschaftlicher und juristischer Sicht
 - Patient*innenakten
 - Fallakten Familiengerichte
- Auswertung von Stellungnahmen von Inter*-Verbänden und anderer Selbsthilfeorganisationen aus dem Bereich Variationen der Geschlechtsmerkmale, Fachverbänden, Kompetenzzentren und Ländern (inkl: LADS)
- Rechtsexpertise:
 - Auswertung juristischer Literatur
 - Auswertung Rechtsprechung (so vorhanden)

Eine Gesetzesevaluation muss nach dem „Leitfaden für Gesetzesfolgenabschätzungen“ der Bundesregierung die (wahrscheinlichen) Folgen ebenso wie die Nebenfolgen einer Rechtsvorschrift ermitteln und beurteilen, das heißt auch die möglichen Lücken und Umgehungsrisiken. Deshalb ist es für eine aussagekräftige Gesetzesfolgenabschätzung essenziell, dass nicht nur die nach § 1631e, Abs. 2, genehmigungspflichtigen Fälle evaluiert werden. Für alle genannten Forschungsmethoden muss daher gelten, dass nicht nur einwilligungsunfähige Kinder und Jugendliche mit einer „Variante der Geschlechtsentwicklung“, die eine nach § 1631e genehmigungspflichtige Behandlung erfahren haben, sondern auch diejenigen Kinder und Jugendliche, die eine feminisierende oder maskulinisierende Behandlung erhalten haben, ohne dass eine Diagnose des Spektrums „Variante der Geschlechtsentwicklung“ zugrunde liegt. Desgleichen sollten auch behandelte und unbehandelte Kinder und Jugendliche in die Untersuchungen einbezogen werden, die als einwilligungsfähig angesehen wurden/werden.

Wäre die Evaluationsforschung allein auf gerichtliche Verfahrensakten und Patient*innenakten als Datengrundlage angewiesen, wie dies in der Begründung zum Gesetzentwurf anklingt (S. 35), dann würde das Auffinden spezifischer Akten der Suche nach einer Nadel im Heuhaufen gleichen. Daher bedarf es aus meiner Sicht eines Zentralen Registers (auf Bundes- oder Länderebene), an das Ärzt*innen und Richter*innen alle fraglichen Fälle – unter Verwendung einer ID – melden müssen.¹⁵

Um im Sinne einer Ermittlung möglicher Nebenfolgen des Gesetzes (z.B. eine Vielzahl „einwilligungsfähiger“ behandelter Zehnjähriger) wenigstens über alle behandelten Kinder eine Übersicht erhalten zu können, ist es erforderlich, dass auch die Fälle, die nicht der Genehmigungspflicht unterliegen, also alle Behandelten mit und ohne „Variante der Geschlechtsentwicklung“, mit und ohne Einwilligungsfähigkeit dorthin gemeldet werden. Hohe Datenschutzstandards müssen dabei selbstverständlich beachtet werden, was natürlich auch für die Nutzung der Daten zu Forschungszwecken (vgl. Art. 89 DSGVO) gilt.

Neben dem Grund der Evaluierbarkeit des Gesetzes spricht für die Einführung eines Zentralregisters, dass dieses den Betroffenen im Erwachsenenalter zur Auffindbarkeit ihrer Akten dienen kann, denn bekanntermaßen haben viele intergeschlechtliche Menschen der älteren Generation den Zugang zu

¹⁵ Vgl. Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen: Stellungnahme: siehe Anm. 6; Intersexuelle Menschen e.V., Bundesverband: Stellungnahme: siehe Anm. 6.

ihren Akten, zumal wenn sie als Baby und womöglich in verschiedenen Kliniken behandelt wurden, nur unter großem Aufwand oder auch gar nicht erhalten.

Ein Zentralregister sollte aus meiner Sicht folgende Daten umfassen: Die ärztlichen Meldungen müssten Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen – Letzteres ist wichtig, um Umgehungsmöglichkeiten überprüfen zu können), Indikationen, angewendete Operationsverfahren, Alter, Geschlechtszuordnung, Wohnort, meldendes Krankenhaus (oder ggf. Arztpraxis), Jahr der Behandlung, ggf. Wiederaufnahmen und Nachbehandlungen. Zusätzlich müsste eine Meldung der Familiengerichte, sofern sie aktiv werden (unabhängig vom Ausgang der gerichtlichen Prüfung), erfolgen. Welche Eckdaten aus juristischer Sicht relevant sind, können Andere besser beantworten. Wichtig ist, dass Meldungen der Familiengerichte den ärztlichen Meldungen fallweise mittels Verwendung derselben ID zugeordnet werden (etwas, das aus Datenschutzgründen nicht selbstverständlich ist, aber pseudonymisiert möglich sein sollte). Kommt es im Zeitverlauf zu erneuten Behandlungen desselben Kindes, sollten diese Daten mit der ersten vergebenen ID verknüpft werden.

Aus dem vorstehend zu den Ermittlungen möglicher Nebenfolgen des Gesetzes Gesagten ergibt sich zudem, dass die – sehr zu begrüßende! – Anhebung der Aufbewahrungsfristen für die Patient*innenakten nach § 1631e, Abs. 6, bis zur Vollendung des 48ten Lebensjahrs auch für die Verfahrensakten der Familiengerichte gelten müssen, und zwar unabhängig vom Ausgang der gerichtlichen Prüfung. Die Aufbewahrungsfristen der Patient*innenakten müssen zudem für alle Kinder und Jugendlichen gelten, bei denen eine feminisierende oder maskulinisierende Behandlung durchgeführt worden ist, unabhängig von der Diagnose oder ihrer Einwilligungsfähigkeit. Sonst ist eine Prüfung auf Rechtmäßigkeit und möglicherweise Schadensersatzansprüche nicht möglich.

6. Bougierung explizit verbieten

Ich unterstütze nachdrücklich die Forderung des Bundesrats, ein explizites generelles Verbot von Bougierungen bei der Behandlung nicht einwilligungsfähiger Kinder einzuführen (S. 36).¹⁶ Bougierungen im Kindesalter „wurden von den Betroffenen als stark traumatisierend empfunden“.¹⁷ Das Verbot darf sich nicht nur auf Kinder mit einer Diagnose, die dem Spektrum der „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ zugerechnet wird, erstrecken, sondern muss auch für die nach dem Wortlaut des Entwurfs bislang nicht genehmigungspflichtigen vaginalen Dilatationen an Kindern gelten, die keine solche Diagnose erhalten. Dies könnte insbesondere dann relevant werden, wenn das Diagnosespektrum, das derzeit den Gegenstandsbereich der „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ gemäß S2k-Leitlinie 174/001 ausmacht, bei der anstehenden Leitlinienüberprüfung im Juli 2021 womöglich verändert werden sollte.

7. Interdisziplinären Kommission muss vom Behandlungskontext unabhängige Perspektiven einbeziehen

Ich begrüße es, dass im Gesetzentwurf in § 1631e, Abs. 4, ausdrücklich vermerkt ist, dass die Mitglieder der interdisziplinären Kommission „Erfahrungen im Umgang mit Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung haben“. Die Zusammensetzung der Kommission ist aus meiner Sicht bei einer Besetzung mit ärztlichen, psychologischen und sozialpädagogischen Mitarbeiter*innen desselben Krankenhauses allerdings trotz der Interdisziplinarität nicht ausgewogen, denn es fehlen vom Behandlungskontext unabhängige Perspektiven. Auch Teammitglieder eines Kompetenzzentrums, wie

¹⁶ Vgl. auch Intersexuelle Menschen e.V., Bundesverband: Stellungnahme: siehe Anm. 6.

¹⁷ Wunsch, L. / Wessel L. (2008): Chirurgische Strategien bei Störungen der Geschlechtsentwicklung. Monatschrift für Kinderheilkunde 156: 234-240, hier S. 239.

sie die Gesetzesbegründung als ideale Besetzung der interdisziplinären Kommission vor Augen hat, haben möglicherweise untereinander eingespielte Routinen im Umgang mit bestimmten Fällen entwickelt, die erst durch einen unabhängigen Blick von außen reflektiert werden können. Dies betrifft insbesondere auch die wahrscheinliche Dominanz der medizinischen Sichtweise im interdisziplinären Team.¹⁸

Wie Streuli et al. (2013) gezeigt haben, sind Proband*innen, die in fiktiver „Elternrolle“ über die Durchführung frühkindlicher feminisierender oder maskulinisierender Operationen an „ihrem Kind“ entscheiden sollen, dadurch beeinflusst, aus welchem Blickwinkel sie über die Eingriffe aufgeklärt und in ihrer Entscheidungsfindung beraten werden: ein medikalisierte Beratungsansatz führte im Vergleich zu einem demedikalisierten zu einer deutlich größeren Neigung der „Eltern“, sich für solche Operationen an „ihren Kindern“ zu entscheiden.¹⁹ Dieser Hinweis sollte nachdenklich stimmen, inwieweit eine im gleichen medizinischen Setting, in dem die Behandlung geplant ist, zusammentretende interdisziplinäre Kommission tatsächlich zu einer ausgewogenen Sicht gelangt, und inwieweit Eltern sich von der medizindominierten Perspektive innerlich distanzieren können. Analoges ist für die Familienrichter*innen anzunehmen, die Genehmigungen erteilen sollen.

Vor dem Hintergrund meiner Ausführungen sollten daher mindestens die Hälfte der Kommissionsmitglieder in einem anderen Kontext tätig oder affiliert sein als dem Krankenhaus, in dem die Behandlung durchgeführt werden soll.

8. Verpflichtende Stellungnahme der Kommission; verpflichtende Vorlage auch bei Ablehnung; Dissens offenlegen

Sehr wichtig finde ich auch den in Nummer 9 seiner Stellungnahme (S. 44) formulierten Vorschlag des Bundesrats, die Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission zur Voraussetzung der familiengerichtlichen Genehmigung zu machen. Dies impliziert meines Erachtens, dass auch eine Kostenübernahme sichergestellt werden muss, wie auch immer dies ermöglicht wird. Denn sonst würden Eltern bzw. deren Kinder, die es sich finanziell nicht leisten können, eine Stellungnahme einzuholen, ungleich behandelt werden. Außerdem soll die Stellungnahme auch die Familienrichter*innen entlasten. Hinzu kommt, dass nur bei verpflichtender Vorlage vermieden werden kann, dass eine ablehnende Stellungnahme einer Kommission von Eltern, die dennoch unbedingt die Behandlung genehmigt bekommen möchten, unter den Tisch gekehrt wird.²⁰

Aus analogen Gründen ist es aus meiner Sicht auch unabdingbar, dass ein eventueller Dissens der Kommission bezüglich der Befürwortung eines Eingriffs verpflichtend offengelegt und in der Stellungnahme die unterschiedlichen Bewertungen begründet werden müssen.

9. Pflicht zur Inanspruchnahme einer Peer-Beratung oder Besuch von Selbsthilfegruppen

Ich folge der Stellungnahme des Bundesrats zum Gesetzentwurf in Nummer 7 (S. 42 f.) dahingehend, dass Eltern, die einer Behandlung gemäß § 1631e, Abs. 2, zustimmen möchten, zuvor eine Peer-Beratung (durch Menschen mit einer angeborenen Variation der körperlichen Geschlechtsmerkmale) aufgesucht oder in einen Austausch mit Selbsthilfegruppen getreten sein sollten. Dies soll sicherstellen, dass sie sich über die Erfahrungen, insbesondere auch Behandlungserfahrungen,

¹⁸ Vgl. Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen: Stellungnahme: siehe Anm. 6.

¹⁹ Streuli, J. C., et al. (2013): Shaping parents: Impact of contrasting professional counseling on parents' decision making for children with disorders of sex development. *J Sex Med* 10: 1953-1960 [[https://www.jsm.jsex-med.org/article/S1743-6095\(15\)30456-2/fulltext](https://www.jsm.jsex-med.org/article/S1743-6095(15)30456-2/fulltext)].

²⁰ Vgl. Lesben- und Schwulenverband (LSVD), Bundesverband: Stellungnahme: siehe Anm. 14.

intergeschlechtlicher Menschen aus erster Hand informieren, die Gründe für oder gegen die Behandlung mit ihnen erörtern und sich psychosoziale Unterstützung holen können.

Ich halte es daher für dringend geboten, dass das vorgeschlagene Gesetz vorschreibt, dass die familiengerichtliche Genehmigung für eine Behandlung – neben Erfüllung der in § 1631e, Abs. 2 genannten Bedingungen – nur erteilt werden darf, wenn von den Eltern eine Peer-Beratung in Anspruch genommen oder ein Austausch in einer Selbsthilfegruppe wahrgenommen wurde. Wenn die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung zu Nummer 7 der Stellungnahme des Bundesrats einwendet, dass die interdisziplinäre Kommission nicht die Prüfinstanz der Wahrnehmung einer Peer-Beratung sein könne (S. 49), dann sollte diese Aufgabe dem Familiengericht übertragen werden.

Analoges sollte für einwilligungsfähige Kinder und Jugendliche gelten, bevor sie in einen Eingriff einwilligen dürfen. In Punkt 2 habe ich dargestellt, warum es einer externen Prüfung der Einwilligungsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen bedarf. Wenn diese Aufgabe den Familiengerichten übertragen würde, könnten diese auch den Nachweis über die Wahrnehmung einer Peer-Beratung oder des Austauschs in einer Selbsthilfegruppe prüfen.

10. Verlängerung der Verjährungsfristen

Sehr wichtig ist die Verlängerung der Aufbewahrungsfrist für die Patient*innenakten bis zum vollendeten 48ten Lebensjahr. Wie es in der Begründung zum Gesetzentwurf nachzulesen ist, soll dies dazu dienen, dass die Betroffenen sich über die an ihnen durchgeführten Behandlungen an den Geschlechtsmerkmalen informieren und deren Rechtmäßigkeit prüfen können. Um im Falle eines vermuteten Verstoßes gegen die Bestimmungen des § 1631e auch wirklich auf Schadenersatz klagen zu können, müssen allerdings auch die geltenden Fristen der Verjährungsbestimmungen angepasst werden.²¹ Dies muss sowohl für die strafrechtliche Verfolgung als auch für die Durchsetzung zivilrechtlicher Schadenersatzansprüche erfolgen.

11. Entschädigung und staatliche Anerkennung der jahrzehntelangen Menschenrechtsverletzungen

Das vorgeschlagene Gesetz sollte flankiert werden von der Einrichtung eines Entschädigungsfonds und einer staatlichen Anerkennung der begangenen Menschenrechtsverletzungen. Seit Jahren fordern Inter*-Verbände eine Entschädigung für intergeschlechtliche Menschen, deren Recht auf körperliche Unversehrtheit und geschlechtliche Selbstbestimmung durch die jahrzehntelang staatlich tolerierte Praxis feminisierender und maskulinisierender Behandlungen im nicht-einwilligungsfähigen Kindesalter massiv verletzt wurde.²²

²¹ Vgl. Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen: Stellungnahme: siehe Anm. 6.

²² Vgl. Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen: Stellungnahme: siehe Anm. 6; Intersexuelle Menschen e.V., Bundesverband: Forderungen [<https://im-ev.de/forderungen/>]. Für einen Entschädigungsfonds für trans- und intergeschlechtliche Menschen hat sich zuletzt auch die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen in einem Antrag an den Bundestag vom 9.9.2020 eingesetzt (BT-Drs. 19/22214).

Anhang

Diagramm 1

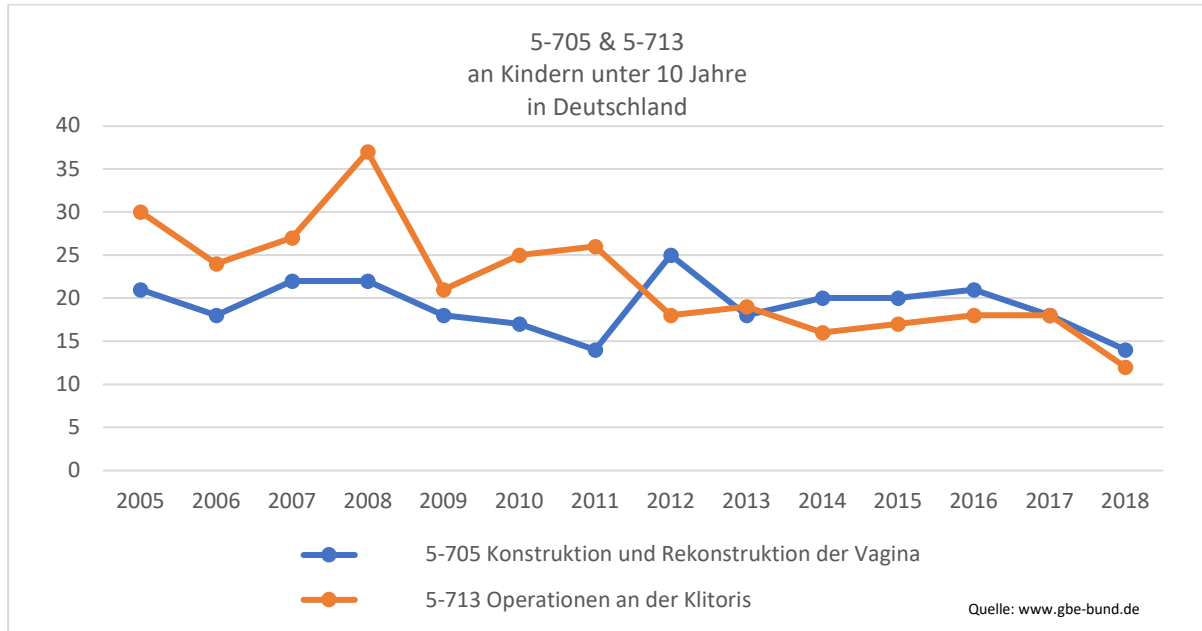


Diagramm 2

