

Prof. Dr. Katinka Schweizer
Professur für Klinische Psychologie
und Psychotherapie

Department Psychologie
Am Kaiserkai 1, D-20457 Hamburg

Telefon: +49 40 – 3612264 9266
Telefax: +49 40 – 361226430

www.medicalschool-hamburg.de
katinka.schweizer@medicalschool-hamburg.de

11. Januar 2021

Stellungnahme zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung

- BT Drucksache 19/24686 - vom 25.11.2020

Zusammenfassung der Drucksache BT 19/24686:

Mit dem Entwurf ([19/24686](#)) soll das Recht von Kindern auf geschlechtliche Selbstbestimmung geschützt werden, zugleich sollen sie vor unnötigen Behandlungen an den Geschlechtsmerkmalen bewahrt werden. Der Entwurf sieht ein Verbot zielgerichteter geschlechtsangleichender Behandlungen von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung vor.

Er stellt außerdem klar, dass Eltern nur dann einem operativen Eingriff an den inneren oder äußeren Geschlechtsmerkmalen ihres Kindes einwilligen können, wenn der Eingriff nicht bis zu einer späteren selbstbestimmten Entscheidung des Kindes aufgeschoben werden kann. Zudem bedarf die Einwilligung zu einem solchen Eingriff grundsätzlich der familiengerichtlichen Genehmigung. Ist der Eingriff zur Abwehr einer Lebens- oder Gesundheitsgefahr erforderlich und kann das familiengerichtliche Verfahren nicht mehr abgewartet werden, muss keine Genehmigung eingeholt werden. (ste/04.01.2021)

Zeit: Mittwoch, 13. Januar 2021, 11 Uhr bis 13 Uhr

Ort: Berlin, Paul-Löbe-Haus, Sitzungssaal 2.600

<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2021/kw02-pa-recht-selbstbestimmung-814994>

1. Hintergrund

Um den vorliegenden Gesetzesentwurf (19/24686) wird schon seit längerer Zeit gerungen. Am 16. Oktober 2018 debattierten wir in ähnlicher, größerer Runde im Justizministerium darüber. Die notwendige Auseinandersetzung und die in diesem Gesetzgebungsprozess zu beobachtende zunehmende Differenziertheit und das Vertrauter-Werden im Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (VdG) ist erfreulich. Denn das Hauptproblem, dem wir auch mit diesem Gesetz begegnen müssen, ist das fehlende Wissen in der Allgemeinbevölkerung, aber auch bei vielen psychosozialen und medizinischen Fachkräften, über angeborene körperliche Varianten der Geschlechtsentwicklung.

Biologisch und sexualwissenschaftlich betrachtet, hat jeder Mensch eine Variante der Geschlechtsentwicklung. Denn kein Körper, kein Geschlechtsorgan, kein inneres oder äußeres Genital auf dieser Welt gleicht dem anderen. Es gibt weder den Normpenis, noch die Standardvulva oder Normklitoris. Dabei sind gerade die äußeren Genitalien wie Klitoris und Penis besonders vulnerabel und wichtige Bestandteile, nicht nur der geschlechtlichen Selbstbestimmung, sondern auch der sexuellen Gesundheit. Somit berührt das geplante Gesetz vor dem Hintergrund der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie nicht nur das Nachhaltigkeitsziel *SDG¹ 10 Weniger Ungleichheiten*, sondern auch *SDG 5 Geschlechtergerechtigkeit*, i.S. der Sicherstellung der Voraussetzungen für die sexuelle Gesundheit für alle Menschen (SDG 5.6).

Für die Gesetzgebung vorteilhaft ist, dass wir inzwischen auf genügend Erkenntnisse, neues Wissen und Errungenschaften aus Forschung, Erfahrungsexpertise und den sich vollziehenden Anerkennungsprozessen der vergangenen Jahre zurückgreifen können. Dies ist auch dem Gesetzesentwurf zu entnehmen. Zu erwähnen sind:

- die Stellungnahmen des Deutschen Ethikrats (2012) und der Bundesärztekammer (2015);
- die partizipativ entstandene S2k-Leitlinie „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ der AWMF von 2016 (vgl. Krege et al., 2019; Schweizer, 2020a);
- die Gutachten und Studien der Interministeriellen Arbeitsgruppe (IMAG), die u.a. auch den eklatanten Mangel an real vorhandenen Beratungsangeboten für Eltern von Kindern mit VdG aufgezeigt haben (vgl. Schweizer et al., 2016);
- die menschenrechtlich relevanten Studien von Amnesty International (2017), des Deutschen Instituts für Menschenrechte (Schabram, 2017) und aus den Bundesländern wie etwa NRW;

¹ Sustainable development goal (SDG), vgl. Agenda 2030 Ziele für Nachhaltige Entwicklung https://www.bmz.de/de/themen/2030_agenda/index.html

- neuere empirische Arbeiten zu standardisierter Diagnostik, zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung, der multidisziplinären Zusammenarbeit und Elternberatung, zur sexuellen Lebensqualität, zu den fachlichen Kontroversen und zur Bedeutung geschlechtlicher Selbstbestimmung und zur Zumutbarkeit des Zuwartens bei nicht vital notwendigen Eingriffen bis zur höchstpersönlichen Zustimmungsfähigkeit der betroffenen Kinder (Cools et al., 2018; Earp & Steinfeld, 2018; Flück et al., 2019; Lampalzer et al., 2020; Liao & Roen, 2019; Michala et al., 2014; Roen, 2019; Schönbacher et al., 2012; Schweizer et al., 2017).
- Fortbildungen und Curricula wurden entwickelt und implementiert (z.B. vom Bundesverband Intersexuelle Menschen e.V.; der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, DGfS) für ärztliches, psychotherapeutisches und psychosoziales Fachpersonal in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit VdG (seit 2019, DGfS), für Peer-Beratung (seit 2014) und psychosoziale Beratungsstellen (seit 2020).
- Nicht zuletzt die Bundesverfassungsgerichtsentscheidung von 2017 und das seit Ende 2018 geltende Gesetz zum erweiterten Geschlechtseintrag (weiblich, männlich, divers, offen) sowie die Beschlüsse auf EU-Ebene sind wichtige Meilensteine.

Insgesamt sind der Gesetzesentwurf und seine Ziele, den Schutz der geschlechtlichen Selbstbestimmung und leiblichen Souveränität zu gewährleisten, zu begrüßen. Es besteht allerdings erheblicher Veränderungsbedarf an wichtigen Punkten, damit die Umsetzung und diese Ziele in der realen alltagsweltlichen Praxis von Familien auch erreichbar sind, und eine positive Evaluierung realistisch wird. In der aktuellen Form ist der Gesetzesentwurf noch widersprüchlich und schwer verständlich.

2. Zum Gesetzesentwurf

Aus sexualwissenschaftlicher, psychologischer und psychotherapeutischer Perspektive sind folgende Aspekte des vorliegenden Gesetzesentwurfs hervorzuheben, verbesserungswürdig oder zu ergänzen. Ich beginne mit dem Begründungstext und führe anschließend notwendige Ergänzungen aus.

Der Schwerpunkt der notwendigen Ergänzungen liegt (1) auf dem Prozedere der Interdisziplinären Kommission, das praktikabel, realistisch und gerecht sein sollte, (2) der Klarstellung und Sicherstellung der geforderten Gewährleistung einer unabhängigen psychosozialen Beratung, (3) dem notwendigen Verbot des Bougierens im Kleinkindalter, und (4) der Einführung eines Bundeszentralregisters zur anonymisierten Dokumentation der beantragten Eingriffe und der zugrundeliegenden spezifischen Indikationsbegründung.

2.1. Begründungstext / Anlage 1

A. Allgemeiner Teil:

- (1) **Unabhängige Beratung:** Ein zentrales Ergebnis des o.g. Fachtags im BMJV im Oktober 2018, das Konsens fand, bestand in der Notwendigkeit von unabhängiger Beratung: „*Große Einigkeit herrschte hinsichtlich der Einführung einer Beratung und Betreuung durch unabhängige Stellen*“ (S. 13). Gleichzeitig wird beschrieben, dass es für die Entscheidungsfindung und Abwägung neben „medizinischem Sachverstand“ auch der „*außermedizinischen fachlichen Expertise*“ bedarf. Diese ist laut Begründung „am ehesten in den klinischen Einrichtungen zu finden, die sich auf diese Eingriffe spezialisiert haben“ (S. 13/14). → Es ist darauf hinzuweisen, dass unabhängige fachkundige Expertise auch außerhalb dieser Einrichtungen zu finden ist, etwa unter praktisch tätigen Sexualwissenschaftler_innen, Psycholog_innen, Ärzt_innen und qualifizierten Berater_innen in unabhängigen Beratungsstellen u.a. → Eine unabhängige Beratung und Begleitung im Entscheidungsprozess sind unverzichtbar. Die Bedeutung des auch in der AWMF-Leitlinie geforderten psychosozialen Beratungsprozesses taucht entsprechend auch mehrmals im Begründungstext auf (z.B. S. 28 unten, Aufklärung und Beratung), doch der **explizite** Verweis darauf fehlt in der Gesetzesvorlage, was eine Lücke bedeutet. → Zu ergänzen sind daher die Sicherstellung des Rechtsanspruchs auf einen unabhängigen Beratungsprozess und dessen Finanzierung. Eltern sollen, bevor sie in einen geschlechtsangleichenden Eingriff einwilligen dürfen, eine **unabhängige Beratung** durchlaufen haben. Der Gesetzestext sollte entsprechend geändert werden.
- (2) **Häufigkeit vs. Seltenheit von VdG:** An mehreren Stellen in der Begründung wird auf die Häufigkeit von VdG eingegangen (vgl. S. 13, S. 20, S. 25). Hier liegt inzwischen eine neuere Übersichtsarbeit von Hauck et al. (2019) vor, die die Problematik der Häufigkeitsbestimmung ausführt. Die zusammengetragenen Häufigkeitszahlen von VdG variieren zwischen 0,018% bzw. 1,7% bis 3,9% aller Geburten, je nach zugrundeliegender Definition des verwendeten Oberbegriffs. Wichtig ist zu unterscheiden, welche VdG anhand eines mehrdeutigen Genitales bei der Geburt erkannt oder erst später in der Pubertät oder ggf. gar nicht erkannt werden. → Nicht richtig und problematisch ist daher die Aussage im Besonderen Teil: „Zudem sind Kinder mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung *so selten*, dass ihre Eltern diese Variante häufiger als krankhafte Abweichung vom tradierten binären Geschlechterbild dann als eine akzeptable körperliche Ausprägung ansehen“ (vgl. S. 25, oben). In der

Vergangenheit wurde angenommen, dass das Verschweigen des Vorliegens einer VdG und die Anpassung an ein Normgeschlecht („optimal gender policy“) die Situation ungeschehen machen könnte. So haben fehlende Aufklärung und das Entfernen intergeschlechtlicher Körpermerkmale dazu geführt, dass VdG systematisch unsichtbar gemacht wurden. Dies hat auch dazu beigetragen, dass VdG so selten wahrgenommen werden und kaum jemand außerhalb von Fach- und Erfahrungsexpertise Wissen über VdG hat. Einige Formen sind seltener als andere, aber in der Gesamtschau sind VdG weniger selten als bspw. Formen der Geschlechtsdysphorie (ehemals als Transsexualität bezeichnet).

- (3) **Kosten der Stellungnahme:** Der Entwurf sieht vor, dass die „Kosten für die Stellungnahme der Kommission (...) durch die Eltern zu tragen“ seien (S. 20). Diese Bestimmung verletzt den Gleichbehandlungsgrundsatz und das Nachhaltigkeitsziel SDG 10 ausdrücklich. → Die Kostenübernahme darf keine zusätzlich erschwerende Hürde für die Eltern darstellen und muss durch das Gesetz geregelt und sichergestellt werden.

B. Besonderer Teil:

- (4) **Geschlechtsidentitäten und missverständliche Wortwahl:** Mehrfach wird im Begründungstext auf die Entwicklung der persönlichen Geschlechtsidentität eingegangen, die im Fokus der Schutzbedürftigkeit liegt. Dies ist begrüßenswert (vgl. S. 23). Unverständlich sind dagegen indirekte, nur angedeutete Formulierungen wie „andere mögliche Lebensweisen mit dieser Variante der Geschlechtsentwicklung“ (S. 31 unten). Was genau damit gemeint ist, müsste ausgeführt werden. Wichtig und zu berücksichtigen ist die Erkenntnis, dass die Geschlechtsidentität im Erwachsenenalter bei VdG im Kindesalter nicht sicher vorhersagbar ist², und weiblich, männlich, zwischengeschlechtlich, divers und auch anders sein kann (vgl. Schweizer et al., 2009; Schweizer et al., 2014; Stoller, 1968).

- (5) **„Psychische Belastungssituation“** (S. 24) und **„seelischer Leidensdruck“** (S. 27). Zu begrüßen ist die Ausführung: „Die Beseitigung einer nur befürchteten psychischen Beeinträchtigung reicht als *weiterer Grund* nicht aus“ (S. 24). Die Annahme erwarteter psychischer Belastung und Beeinträchtigung, von seelischem Leidensdruck und sozialer Stigmatisierung aufgrund einer VdG bildete die Grundlage des alten Behandlungsparadigmas („optimal gender policy“). Im gesellschaftlichen Denken ist

² Dies trifft genau genommen auf jedes Kind zu.

die Annahme sozialer Stigmatisierung und folgender psychischer Belastung implizit aufgrund des gesellschaftlich dominanten Zwei-Geschlechter-Modells immer noch vielfach, auch bei in der Gesundheitsversorgung involvierten Fachpersonen, vorhanden. → Die Stellungnahme der Kommission muss daher sehr konkret eine solche ggf. vorhandene Belastungssituation erläutern, damit sie verständlich und nachvollziehbar ist. Entsprechend ist bei der Stellungnahme der Kommission auch der etwaige seelische Leidensdruck zu spezifizieren; konventionelle geschlechtsnormative Annahmen reichen hier nicht aus (Zu Satz 1, S. 27).

(6) **Kombination mehrerer Teileingriffe und Nachbehandlungen** (S. 27): Die hier vorgenommene Konkretisierung medizinischer Behandlungen in Notfällen (S. 27) ist wichtig. Es ist weiterführend unumgänglich, die jeweiligen spezifischen Indikationen und Behandlungsnotwendigkeiten auch für medizinische Laien, wie Eltern es in der Regel sind, verständlich und nachvollziehbar auszuführen und zu dokumentieren. → Auch hier zeigt sich die Notwendigkeit eines begleiteten Aufklärungs- und Beratungsprozesses bei der Entscheidungsfindung, um ein umfassendes Verständnis zu erlangen und Entscheidungen in Vertretung für das Kind treffen zu können.

(7) **Ziele der „befürwortenden Stellungnahme“** (Zu Satz 3, S. 28): Diese Ausführungen sind zentral. Verwiesen wird auf drei Ziele, die mit der Einschaltung der interdisziplinären Kommission erreicht werden sollen: 1) Es soll eine „breitere Entscheidungsbasis“ geschaffen werden für die Entscheidung der Eltern darüber, „ob der Eingriff durchgeführt werden soll“, unter Einbeziehung der Perspektiven von Medizin, Eltern und psychosozialen Fachkräften; 2) es soll geklärt werden, ob eine „hinreichende Beratung der Eltern und des Kindes (...) erfolgt ist“, und 3) es soll auch die Option erwogen und denkbar werden, dass „die angedachte Behandlung die schlechtere Option für das Kind“ sein könnte. → Auch diese Darstellung unterstreicht die Notwendigkeit eines begleiteten Aufklärungs- und Beratungsprozesses bei der Entscheidungsfindung. Sie veranschaulicht, wie anspruchsvoll diese Aufgaben sind, wenn sie ernstgenommen und nicht nur formal abgehandelt werden. Deutlich wird, dass es zum einen (1) ein geregeltes Prozedere und die Sicherstellung der Finanzierung der Interdisziplinären Kommission braucht. Zum anderen zeigt sich, dass die genannten Ziele in jedem Fall (2) bei allen geschlechtsangleichenden Maßnahmen verfolgen sind. Daher sollte die Kommission in jedem Fall regulär im Zusammenhang mit dem familiengerichtlichen Verfahren eingesetzt werden, nicht nur auf Antrag und unter Kostenübernahme durch die Eltern. Der Gesetzestext sollte entsprechend geändert werden.

- (8) „**Ergänzende Regelungen zu Beratungsangeboten für Eltern**“ (S. 29) sind unbedingt notwendig und geboten. Bislang gibt es unabhängige systematische Beratungsangebote fast nur in den selbsthilfeführten Beratungsangeboten. Ein großes Problem ist die fehlende Finanzierung. → In Ergänzung zum Gesetzesentwurf sind hier flankierende Maßnahmen möglichst noch in dieser Legislaturperiode, etwa durch Modellprojekte und im Zusammenhang mit der Evaluation des Gesetzes anzusetzen.
- (9) **Interdisziplinäre Kommission** (Zu Abs. 4, S. 29 ff.): In der konkreten Ausgestaltung der Kommission sind zwei Fragen ungeklärt: 1. Wer leitet und moderiert die Kommission, sodass kein Machtgefälle zwischen den Beteiligten entsteht? 2. Wodurch wird Unabhängigkeit hergestellt? Die Stellungnahme soll laut Begründung auch eine Entscheidungshilfe für die Eltern und daher verständlich formuliert sein. Um dem hohen Stellenwert dieser Aufgabe gerecht zu werden und diese Funktion zu erfüllen, sind die aufgeworfenen Fragen zu beantworten und das Prozedere zur Bestellung der Kommission zu vereinfachen und handhabbar zu machen (S. 30 oben). In diesem Zusammenhang ist zu hinterfragen, ob der_die behandelnde Ärzt_in Teil der Kommission sein kann. → Die Zusammensetzung der Kommission aus mind. vier verschiedenen Beteiligten, mit gleichmäßiger Gewichtung aus zwei ärztlichen und zwei psychosozialen Fachpersonen mit nachgewiesener Kompetenz im Bereich Intersex/VdG ist zu begrüßen. Um Unabhängigkeit zu gewährleisten, sollte die_der behandelnde Ärzt_in nicht Mitglied der Kommission sein, sondern beratend und informierend hinzugezogen werden. Außerdem sollte eine zusätzliche, unabhängige koordinierende Person, etwa ein_e Fachperson der Gesundheitsversorgung mit ethisch und sexualwissenschaftlicher Qualifikation und Grundkenntnissen im Feld VdG, zur Koordinierung der Kommission bestellt werden. Sie übernimmt die Aufgaben, a) die Zusammensetzung der Kommission zu koordinieren, b) die Beratung der Kommission zu moderieren, c) die Fertigstellung der Stellungnahme zu koordinieren und d) das Ergebnis der Beratung den Eltern sowie der behandelnden Ärztin/Arzt zu übermitteln. Eine solche Koordinierung ist nötig, um der Komplexität und Konflikthaftigkeit der Thematik und der Berücksichtigung möglicher vernachlässigter Aspekte gerecht zu werden. Der Gesetzestext sollte entsprechend geändert werden (s.u.).
- (10) **Struktur der Stellungnahme** (S. 30 ff., Zu Satz 1): Die Gliederungsvorlage zum Mindestinhalt der Stellungnahme stellt eine hilfreiche Konkretisierung dar.

Insbesondere die präzise Erläuterung der Indikation und Begründung der Behandlungsnotwendigkeit sind in allen Fällen unverzichtbar (Nr. 3 und Nr. 4). Von besonderer Relevanz ist die „*Beurteilung der Frage, ob auf einen operativen Eingriff verzichtet werden kann*“ (S. 31) und das In-Betracht-Ziehen „*psychosozialer Alternativen, wie Informationsangebote zur geschlechtlichen Vielfalt, Angebote zur Stärkung der Eltern sowie sozialpolitische Angebote...*“. → Hier besteht Nachbesserungsbedarf im Gesetzestext, denn die Möglichkeits-Formulierung, „psychosoziale Alternativen“ lediglich „in-Betracht-zu ziehen“ ist viel zu schwach angesichts des weitreichenden Eingriffs in die Persönlichkeitsrechte des Kindes. Auch aufgrund der unbekanntem Langzeitfolgen eines Eingriffs ist auszuführen und festzuhalten, ob und in welcher Weise „eine psychosoziale Begleitung bei der Entscheidungsfindung erschöpfend zur Anwendung gekommen ist“ (s.u.). Der Gesetzestext sollte entsprechend geändert werden (s.u.).

- (11) **Evaluierung** (S. 34, Zu Artikel 6 Evaluierung): Die Evaluierung ist zu begrüßen und notwendig. Allerdings erscheinen 10 Jahre als eine zu lange Zeit, nicht zuletzt aufgrund der höher anzunehmenden Häufigkeit von VdG (s.o., vgl. Hauck et al., 2019). Zusätzlich ist ein anonymisiertes Bundeszentralregister zu schaffen. → Eine Zwischenevaluierung nach spätestens 5 Jahren darüber, wie sich die Praxis erweist und wo Nachbesserungsbedarf besteht (z.B. in Hinblick auf das Prozedere bei der Zusammenstellung der Interdisziplinären Kommission, insbesondere dann, wenn das Prozedere nicht vereinfacht und leichter zugänglich wird, wie oben vorgeschlagen), erscheint hier sinnvoller, auch aufgrund der höheren Inzidenz von VdG. Außerdem fehlt im Satzteil „sowohl den berechtigten Anliegen der Betroffenen als auch ihrer Eltern und der Ärzteschaft“ die Gruppe der involvierten psychosozialen Fachkräfte, die ebenfalls eigene Perspektiven auf das Anliegen des Kindeswohl beitragen. Der Gesetzestext sollte entsprechend geändert werden.

2.2. Stellungnahme des Bundesrates / Anlage 2

Ich schließe mich folgenden Anregungen und Forderungen des Bundesrates an, die im Gesetzestext aufgenommen werden sollten:

- (12) Ein generelles **Verbot des sog. Bougierens und des Anlegens einer Neovagina** im Kleinkindalter (S. 36) ist aus sexualwissenschaftlicher und psychotherapeutischer Sicht notwendig (s. dazu die Arbeiten von Creighton et al., 2014; Liao & Boyle, 2004; Minto et al., 2003). Auch wenn die Anwendung dieser Interventionsform und Methode

im Kindesalter nur noch an wenigen Orten üblich ist, muss sichergestellt werden, dass sie ausdrücklich verboten wird. → Wie die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung ausführt (vgl. S. 46), unterliegt das Bougieren der Vagina im Kleinkindalter (Def.: Dehnen der Vagina mit einem sog. Dilator aus Metall oder anderen Materialien) jeweils neu den Voraussetzungen des § 1631e BGB-E. Da es kein operativer Eingriff ist, unterliegt es Abs. 1, auch wenn es sich um die Folgebehandlung eines nach Abs. 2 zulässigen und durchgeführten operativen Eingriffs handelt. Dies sollte mindestens in den weiteren Beschlüssen dieses Gesetzgebungsverfahrens klargestellt werden. Besser noch: Der Gesetzestext sollte entsprechend ergänzt werden.

(13) **Kostendeckung der Kommission und Stellungnahme** (S. 37): Zu Recht weist der Bundesrat auf den notwendigen interdisziplinären Austausch hin, der durch die Kommissionstätigkeit gegeben ist. Da es bisher nur wenige echte Referenzzentren („Kompetenzzentren“) im gesamten Bundesgebiet gibt, muss hier eine Sicherstellung der Kostenübernahme und der weiteren Ausbildung von VdG-Expert_innen in Aussicht gestellt werden. → Für die Kostendeckung sind Lösungen zu erarbeiten. Da das Gesundheitssystem voraussichtlich Gelder einsparen wird durch einen zu erwartenden Rückgang unnötiger Operationen und Eingriffe, könnten Umverteilungen erfolgen. Die Sicherstellung der Kostendeckung sollte z.B. im Rahmen der flankierenden Maßnahmen, ggf. im Zusammenhang mit der beabsichtigten Evaluierung des Gesetzes, schon jetzt formuliert und festgehalten werden.

(14) Die **Einführung eines anonymisierten Bundeszentralregisters**, das alle Operationen und Eingriffe an Kindern mit VdG und die zugrundeliegende spezifische Indikationsstellung und Begründung dokumentiert (S. 43) ist notwendig, um Rechtssicherheit herzustellen, die geplante Evaluierung zu ermöglichen und ein Umgehen der neuen gesetzlichen Regelung zu vermeiden. → Der Gesetzestext sollte entsprechend ergänzt werden.

(15) **Gleichbehandlung:** Ich unterstützte die in diesem Zusammenhang aufgeführte Argumentation für das Einholen einer Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission als Voraussetzung einer Genehmigung in jedem Antragsfall, „um für alle Minderjährigen und deren Eltern gleiche Verhältnisse zu schaffen“ (S. 44 unten).

2.3 Gegenäußerung der Bundesregierung / Anlage 3

Die Gegenäußerung der Bundesregierung zu Nummer 6 verdeutlicht großen Nachbesserungsbedarf und die Notwendigkeit einer Klarstellung.

(16) **Gewährleistung der psychosozialen Beratung** (S. 48). „Aus Sicht der Bundesregierung ist eine psychosoziale Beratung bereits durch die Beteiligung einer Person, die über eine psychologische, kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische oder kinder- und jugendpsychiatrische Berufsqualifikation verfügt (§ 1631e Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 BGB-E), sowie die Beteiligung einer Person, die über eine sozialpädagogische Berufsqualifikation verfügt (§ 1631e Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 BGB-E), gewährleistet.“ In dieser Antwort kommt ein gravierender logischer Fehlschluss zum Ausdruck: Die „Gewährleistung“ eines notwendigen, vorausgehenden und per Stellungnahme nachzuweisenden psychosozialen Beratungsprozesses wird hier allein an das Merkmal der Beteiligung einer psychosozialen Fachperson in der interdisziplinären Kommission gebunden. Die Interdisziplinäre Kommission, die kurzfristig von Eltern für eine Stellungnahme bei bestehendem Operationswunsch einberufen werden kann, und die Beteiligung der o.g. psychosozialen Fachkraft in dieser Kommission, bekommt hier implizit die Aufgabe, Garant einer bereits durchgeführten leitliniengemäßen stattgefundenen psychosozialen Beratung zu sein. Hier wird die o.g. Lücke im Gesetzestext deutlich, der von einer stattgefundenen psychosozialen Beratung selbstverständlich ausgeht, die es in der Realität jedoch in systematischer, regelfinanzierter Form eigenständig noch gar nicht gibt. Somit stellt diese optimistische Darstellung der Bundesregierung zusätzlich die aktuelle Versorgungsrealität verzerrt dar. Zwar ist die psychosoziale Schwerpunktsetzung in der Leitlinie und deren Erwähnung hier (an dieser Stelle z. B. Empfehlung 19) zu begrüßen; in der klinischen Alltagsrealität und im Gesetzesentwurf fehlen sie jedoch gänzlich. Im Gesetzestext ist die verbindliche Beratung an keiner Stelle erwähnt und stellt eine Lücke dar (s.o.). → Diese Darstellung zeigt, welche große Bedeutung und Verantwortung der interdisziplinären Kommission und ihrer Mitglieder zukommt, deren Kosten und Einberufung wird jedoch den Eltern allein überlassen. Wenn die Bundesregierung davon ausgeht, dass die psychosoziale Beratung allein durch das Zustandekommen der Kommission gewährleistet ist, sollte das an entsprechender Stelle auch explizit benannt werden. Alternativ ist mein Vorschlag, die Durchführung einer verbindlichen unabhängigen Beratung als Voraussetzung vor dem Einberufen einer interdisziplinären Kommission im Rahmen des Vereinfachten Verfahrens explizit im Gesetzestext zu benennen. Zusätzlich sollten flankierende

Maßnahmen zur Verbesserung und Implementierung unabhängiger psychosozialer Beratung geschaffen werden. Der Gesetzestext sollte entsprechend geändert werden.

- (17) **Bundeszentralregister** (S. 49): Die Bundesregierung erläutert, dass „ein Zentralregister die Hürde senken würde, Einsicht in frühere Patient_innenakten zu erhalten. → Ein solches, anonymisiertes Register zu schaffen, sollte möglich sein. Die Pandemie zeigt aktuell, dass viel möglich ist, wenn der politische Wille vorhanden ist. Der Gesetzestext sollte entsprechend geändert werden.

3. Änderungsvorschläge

Die aufgeführten Empfehlungen und folgende Änderungsvorschläge sollten im Gesetzestext Eingang finden.

- Für den wichtigen Punkt der Interdisziplinären Kommission, schlage ich entsprechend den o.g. Ausführungen zu **§1631e, (4) BGB** folgende Ergänzung vor (s. rot):

„(...) Unter ihnen muss ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinderendokrinologie und -diabetologie sein. Sämtliche Kommissionsmitglieder müssen Erfahrung im Umgang mit Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung haben. **Die Koordinierung der Kommission obliegt einer unabhängigen weiteren Person.** / Alternativ: **Koordiniert wird die Kommission von einer unabhängigen Fachperson mit ethisch und sexualwissenschaftlicher Qualifikation und Grundkenntnissen über Varianten der Geschlechtsentwicklung.** / Alternativ: **Der Kommission sollte außerdem eine unabhängige Fachperson angehören.**

- Unter **§1631e, (5), 3** sollte zur Betonung der spezifischen Indikation und Notwendigkeit des Ausschöpfens eines umfassenden psychosozialen Beratungsprozesses folgende Formulierungen ergänzt werden (s. rot):

(5) Die den operativen Eingriff nach Absatz 2 Satz 1 befürwortende Stellungnahme der interdisziplinären Kommission hat insbesondere folgende Angaben zu enthalten:

1. die Bezeichnung der Mitglieder der Kommission und Informationen zu ihrer Befähigung,
2. das Alter des Kindes und ob und welche Variante der Geschlechtsentwicklung es aufweist,
3. die Bezeichnung des geplanten Eingriffs und welche **spezifische Indikation und Notwendigkeit** für diesen besteht,
4. warum die Kommission den Eingriff unter Berücksichtigung des Kindeswohls befürwortet und **ob wodurch und in welcher Weise** er aus ihrer Sicht dem Wohl des Kindes am besten entspricht, insbesondere welche Risiken mit diesem Eingriff, mit einer anderen Behandlung oder mit dem Verzicht auf einen Eingriff bis zu einer selbstbestimmten Entscheidung des Kindes verbunden sind, **ob eine psychosoziale Begleitung bei der Entscheidungsfindung erschöpfend zur Anwendung kamen,**

5.ob, **wann und durch wen** eine Aufklärung und Beratung der Eltern zum Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung stattgefunden hat und ob auf die Möglichkeit einer Beratung durch eine Beratungsperson mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung hingewiesen worden ist, (...)"

- Ebenso besteht Änderungsbedarf in **§ 167b, (2) BGB**: Das Familiengericht sollte nicht ohne das Vorliegen einer befürwortenden Stellungnahme über die Sache entscheiden dürfen. Zusätzlich ist die Gewährleistung eines vorausgegangenen unabhängigen Beratungsprozesses sicherzustellen.

4. Zusammenfassende Einschätzung

Die Absicht dieses Gesetzesvorhabens ist zu begrüßen. Positiv sind insbesondere die Verlängerung der Aufbewahrungsfrist für Patient_innenakten (S. 32) und das Vereinfachte Verfahren im familiengerichtlichen Vorgehen. Um dem primären Ziel des Entwurfes näher zu kommen, sind die aufgeführten Verbesserungen, Ergänzungen und Korrekturen notwendig. Ein entsprechend veränderter Gesetzesentwurf kann einen wichtigen Beitrag zum Paradigmenwechsel und zur Sicherung der Grundrechte aller Menschen, insbesondere zum Schutz der geschlechtlichen Selbstbestimmung beitragen.

Es bedarf neben den aufgeführten Änderungen außerdem wichtiger flankierender Maßnahmen und Veränderungen der politischen Rahmenbedingungen. Dazu zählt insbesondere die Gewährleistung und Verbesserung der unabhängigen psychosozialen Begleitung und Versorgung von Eltern und Familien mit Kindern mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung (VdG), sowie für Heranwachsende und Erwachsene mit VdG.

Aufgrund des Geschlechtstabus wird bei Varianten der Geschlechtsentwicklung noch zu oft weggeschaut oder nicht weiter nachgefragt. Eltern und Gesellschaft wollen Normalität, und dass ihr Kind so sei wie alle Kinder, und „dass es mal keine Probleme bekommen soll“. Das ist verständlich. Wichtig ist daher, Varianten der Geschlechtsentwicklung als Varianten von Normalität und Zugehörigkeit anzuerkennen und zur allgemeinen Aufklärung und Anerkennung geschlechtlicher Vielfalt beizutragen.

Literatur

- Amnesty International (2017). *First, do no harm - ensuring the rights of children with variations of sex characteristics in Denmark and Germany*. London: Amnesty International.
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2016). *S2kLeitlinie Varianten der Geschlechtsentwicklung*. Leitlinie der der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) e.V., der Deutschen, Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) e.V., der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) e.V.; <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/174-001.html>
- Bundesärztekammer (2015). Stellungnahme der Bundesärztekammer „Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)“. *Deutsches Ärzteblatt*, 112: A-598 / B-510 / C-498. doi: 10.3238/arztebl.2015.stn_dsd_baek_01
- Cools, M., Nordenström, A., Robeva, R., Hall, J., Westerveld, P., Flück, C., Köhler, B., Berra, M., Springer, A., Schweizer, K., Pasterski, V., & COST Action BM1303 working group 1 (2018). Caring for individuals with a difference of sex development (DSD): a Consensus Statement. *Nature Reviews of Endocrinology*, 14(7), 415-429. doi: 10.1038/s41574-018-0010-8
- Creighton, S. M., Michala, L., Mushtaq, I., & Yaron, M. (2014). Childhood surgery for ambiguous genitalia: glimpses of practice changes or more of the same? *Psychology & Sexuality*, 5(1), 34-43. doi: 10.1080/19419899.2013.831214
- Deutscher Ethikrat. (2012). *Intersexualität. Stellungnahme*. Berlin: Deutscher Ethikrat.
- Earp, B. D., & Steinfeld, R. (2018). Genital autonomy and sexual well-being. *Current Sexual Health Reports*, 10, 7–17.
- Flück, C., Nordenström, A., Ahmed, S. F., Ali, S. R., Berra, M., Hall, J., Köhler, B., Pasterski, V., Robeva, R., Schweizer, K., Springer, A., Westerveld, P., Hiort, O., & Cools, M. (2019). Standardised data collection for clinical follow-up and assessment of outcomes in differences of sex development (DSD): recommendations from the COST action DSDnet. *European Journal of Endocrinology*, 181(5), 545. doi: 10.1530/eje-19-0363
- Hauck, L., Richter-Appelt, H., & Schweizer, K. (2019). Zum Problem der Häufigkeitsbestimmung von Intergeschlechtlichkeit und Varianten der Geschlechtsentwicklung: Eine Übersichtsarbeit. *Zeitschrift für Sexuallforschung*, 32(2), 80-89. doi: 10.1055/a-0897-0404
- Krege, S., Eckoldt, F., Richter-Unruh, A., Köhler, B., Leuschner, I., Mentzel, H. J., Moss, A., Schweizer, K., Stein, R., Werner-Rosen, K., Wieacker, P., Wieseman, C., Wünsch, L., &

- Richter-Appelt, H. (2019). Variations of sex development: The first German interdisciplinary consensus paper. *Journal of Pediatric Urology*, 15(2), 114-123. doi: 10.1016/j.jpuro.2018.10.008
- Lampalzer, U., Briken, P., & Schweizer, K. (2020). Dealing With Uncertainty and Lack of Knowledge in Diverse Sex Development: Controversies on Early Surgery and Questions of Consent. *Sexual Medicine*, 8(3), 472-489. doi: 10.1016/j.esxm.2020.03.002
- Liao, L.-M., & Boyle, M. E. (2004). Surgical feminizing: The right approach? *Psychologist*, 17, 459-462.
- Liao, L.-M., & Roen, K. (2019). The role of psychologists in multi-disciplinary teams for intersex/diverse sex development: interviews with British and Swedish clinical specialists. *Psychology & Sexuality*, 1-15. doi: 10.1080/19419899.2019.1689158
- Michala, L., Liao, L.-M., Wood, D., Conway, G., & Creighton, S. (2014). Practice changes in childhood surgery for ambiguous genitalia? *Journal of Pediatric Urology*, 10. doi: 10.1016/j.jpuro.2014.01.030
- Minto, C. L., Liao, L.-M., Woodhouse, C. R. J., Ransley, P. G., & Creighton, S. M. (2003). The effect of clitoral surgery on sexual outcome in individuals who have intersex conditions with ambiguous genitalia: a cross-sectional study. *The Lancet*, 361(9365), 1252-1257. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12980-7
- Roen, K. (2019). Intersex or Diverse Sex Development: Critical Review of Psychosocial Health Care Research and Indications for Practice. *Journal of Sex Research*, 56, 511-528. doi: 10.1080/00224499.2019.1578331
- Schabram, G. (2017). *"Kein Geschlecht bin ich ja nun auch nicht." Sichtweisen intergeschlechtlicher Menschen und ihrer Eltern zur Neuregelung des Geschlechtseintrags*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.
- Schönbucher, V., Schweizer, K., Rustige, L., Schützmann, K., Brunner, F., & Richter-Appelt, H. (2012). Sexual Quality of Life of Individuals with 46,XY Disorders of Sex Development. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(12), 3154-3170. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01639.x
- Schweizer, K., Brunner, F., Schützmann, K., Schönbucher, V., & Richter-Appelt, H. (2009). Gender Identity and Coping in Female 46,XY Adults With Androgen Biosynthesis Deficiency (Intersexuality/DSD). *Journal of Counseling Psychology*, 56, 189-201. doi: 10.1037/a0013575
- Schweizer, K., Brunner, F., Handford, C., & Richter-Appelt, H. (2014). Gender experience and satisfaction with gender allocation in adults with diverse intersex conditions (Divergences of Sex Development, DSD). *Psychology & Sexuality*, 5, 56-82

- Schweizer, K., Brunner, F., Gedrose, B., Handford, C., & Richter-Appelt, H. (2017). Coping With Diverse Sex Development: Treatment Experiences and Psychosocial Support During Childhood and Adolescence and Adult Well-Being. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 504-519. doi: 10.1093/jpepsy/jsw058
- Schweizer, K. (2020a). Psychosoziale Versorgung bei Intersex/Varianten der Geschlechtsentwicklung. *Gynäkologische Endokrinologie*. doi: 10.1007/s10304-020-00361-8
- Stoller, R (1968). *Sex and Gender. On the development of masculinity and femininity*. 1. Auflage New York: Science House.

Weiterführende Literatur

- Creighton, S. M. (2004): Review. Adult Consequences of Feminising Genital Surgery in Infancy. A Growing Skepticism. *Hormones* 3(4), 228-232.
- Creighton, S. M., Chernausek, S. D., Romao, R., Ransley, P., & Salle, J. P. (2012). Timing and nature of reconstructive surgery for disorders of sex development – Introduction. *Journal of Pediatric Urology*, 8, 602-610.
- Diamond, M., & Sigmundson, H. K. (1997). Management of Intersexuality: guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151, 1046- 1050.
- Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES1/ESPE2 Consensus Group (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Journal of Pediatric Urology*, 2, 148–162.
- Hughes, I., Nihoul-Fékété, C., & Cohen-Kettenis, P. (2007). Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21(3), 351-365.
- Klöppel, U. (2010). *XX0XY ungelöst. Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität*. Bielefeld: transcript
- Klöppel, U. (2016). *Zur Aktualität kosmetischer Operationen „uneindeutiger“ Genitalen im Kindesalter*. Bulletin Texte 42. Humboldt Universität zu Berlin.
- Krämer, A., Sabisch, K., & Woweries, J. (2016). Varianten der Geschlechtsentwicklung – die Vielfalt der Natur. *Kinder- und Jugendarzt*, 47, 318-320.
- Lampalzer, U., Hegarty, P., Grover, S., & Schweizer, K. (2018). Controversies in Intersex care. An Interview. In: K. Schweizer, & F. Vogler (Hrsg.), *Die Schönheiten im Geschlecht. Intersex im Dialog*. Frankfurt/M., Campus.

- Plett, K. (2014). Über die Notwendigkeit, Geschlecht interdisziplinär zu betrachten. In: K. Schweizer, F. Brunner, S. Cerwenka, T. Nieder, & P. Briken (Hrsg.), *Sexualität und Geschlecht* (S. 41-54). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Schweizer, K. (2011). *Stellungnahme für den Deutschen Ethikrats zum Umgang mit Intersexualität*, aufgerufen unter https://www.ethikrat.org/fileadmin/PDFDateien/Stellungnahmen_Sachverstaendige_Intersexualitaet/Schweizer_-_Expertenbefragung.pdf
- Schweizer, K. (2012). Sprache und Begrifflichkeiten – Intersexualität benennen. In: K. Schweizer, & H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers* (S. 19-39). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Schweizer, K., & Richter-Appelt, H. (2012). *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen und Positionen*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Schweizer, K., & Richter-Appelt, H. (2012). Behandlungspraxis gestern und heute. Vom „optimalen Geschlecht“ zur individuellen Indikation. In: K. Schweizer, H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen* (S. 99-118). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Schweizer, K. (2020b). Diverse Körper, diverse Identitäten. Zur Anerkennung von Varianten der Geschlechtsentwicklung. In: H.-J. Voß (Hrsg.), *Die deutschsprachige Sexualwissenschaft. Bestandsaufnahme und Ausblick* (pp. 321-344). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Schweizer, K. (2015). *Zusammenfassende Stellungnahme zur 3. Sitzung der Interministeriellen Arbeitsgruppe (IMAG) „Trans- und Intersexualität“*, 17.02.2015 im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schweizer, K., Brunner, F., Handford, C., & Richter-Appelt, H. (2016). Coping with diverse sex development (dsd): Treatment experiences, parental care and social support during childhood and adolescence, and adult adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 504–519.
- Streuli, J. C., Vayena, E., Cavicchia-Balmer, Y., & Huber, J. (2013): Shaping parents. Impact of Contrasting Professional Counseling on Parents' Decision Making for Children with DSD. *Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 1953-1960.
- Tönsmeier, B. (2012). *Die Grenzen der elterlichen Sorge bei intersexuell geborenen Kindern de lege lata und de lege ferenda*. Baden-Baden: Nomos.
- Veith, L. (2014). Vom Opfersein zum Menschsein in Würde: Intersexuelle Menschen auf dem Weg zurück in das gesellschaftliche Bewusstsein. In: K. Schweizer, F. Brunner, S.

- Cerwenka, T. Nieder, & P. Briken (Hrsg.), *Sexualität und Geschlecht* (S. 145-154). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Veith, L. (2018). Inter anerkennen. Erwidern im Rahmen der Verleihung des Preises gegen Diskriminierung der Bundesrepublik Deutschland. In: K. Schweizer, & F. Vogler (Hrsg.), *Die Schönheiten des Geschlechts. Intersex im Dialog* (S. 387- 390). Frankfurt /M., Campus.
- Woellert, K. (2012). Umgang mit Intersexualität. Ethische Dilemmata und Methoden ethischer Reflexion. In: K. Schweizer, & H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen* (S. 447-457). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Woweries, J. (2014). Intersexualität – Medizinische Maßnahmen auf dem Prüfstand. In: E. Schneider, & C. Baltes-Löhr (Hrsg.), *Normierte Kinder. Effekte der Geschlechternormativität auf Kindheit und Adoleszenz* (S. 239-246) Bielefeld: Transcript-Verlag.
- Zehnder, K., & Streuli, J. (2012). Kampf der Diskurse? Unverständnis und Dialog. In: K. Schweizer, & H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen*. Gießen: Psychosozial Verlag.