19. Wahlperiode



Deutscher Bundestag

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Wortprotokoll

der 128. Sitzung

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Berlin, den 13. Januar 2021, 11:02 Uhr Berlin, Paul-Löbe-Haus, Saal 2.600

Vorsitz: Stellvertretender Vorsitzender

Dr. Heribert Hirte, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einziger Tagesordnungspunkt

Seite 7

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung

BT-Drucksache 19/24686

Federführend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Inneres und Heimat

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Gesundheit

Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

Berichterstatter/in:

Abg. Paul Lehrieder [CDU/CSU]

Abg. Dr. Karl-Heinz Brunner [SPD]

Abg. Jens Maier [AfD]

Abg. Katrin Helling-Plahr [FDP] Abg. Gökay Akbulut [DIE LINKE.]

Abg. Katja Keul [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

19. Wahlperiode Seite 1 von 124



Teilnehmende Abgeordnete Seite 3

Sprechregister Abgeordnete Seite 5

Sprechregister Sachverständige Seite 6

Anlagen:

Stellungnahmen der Sachverständigen Seite 31



Mitglieder des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz

	Ordentliche Mitglieder	Unter-	Stellvertretende Mitglieder	Unter-
		schrift		schrift
CDU/CSU	Heil, Mechthild		Amthor, Philipp	
	Heveling, Ansgar		Frei, Thorsten	
	Hirte, Dr. Heribert	\boxtimes	Gutting, Olav	
	Hoffmann, Alexander		Hauer, Matthias	
	Jung, Ingmar		Launert, Dr. Silke	
	Lehrieder, Paul	\boxtimes	Lindholz, Andrea	
	Luczak, Dr. Jan-Marco		Maag, Karin	
	Müller, Axel	\boxtimes	Middelberg, Dr. Mathias	
	Müller (Braunschweig), Carsten	\boxtimes	Nicolaisen, Petra	
	Sensburg, Dr. Patrick		Noll, Michaela	
	Steineke, Sebastian		Oellers, Wilfried	
	Thies, Hans-Jürgen		Schipanski, Tankred	
	Ullrich, Dr. Volker		Throm, Alexander	
	Warken, Nina		Vries, Kees de	
	Wellenreuther, Ingo		Weisgerber, Dr. Anja	
SPD	Brunner, Dr. Karl-Heinz		Miersch, Dr. Matthias	
	Dilcher, Esther		Müller, Bettina	
	Fechner, Dr. Johannes		Nissen, Ulli	
	Groß, Michael		Özdemir (Duisburg), Mahmut	
	Lauterbach, Prof. Dr. Karl		Rix, Sönke	
	Post, Florian		Schieder, Marianne	
	Rawert, Mechthild		Vogt, Ute	
	Scheer, Dr. Nina		Wiese, Dirk	
	Steffen, Sonja Amalie		Yüksel, Gülistan	
AfD	Brandner, Stephan		Curio, Dr. Gottfried	
	Jacobi, Fabian		Hartwig, Dr. Roland	
	Maier, Jens		Haug, Jochen	
	Maier, Dr. Lothar		Seitz, Thomas	
	Peterka, Tobias Matthias		Storch, Beatrix von	
	Reusch, Roman Johannes		Wirth, Dr. Christian	
FDP	,		·	
LDI	Buschmann, Dr. Marco		Fricke, Otto Ihnen, Ulla	
	Helling-Plahr, Katrin Martens, Dr. Jürgen		Schinnenburg, Dr. Wieland	
	Müller-Böhm, Roman		Skudelny, Judith	
	Willkomm, Katharina		Thomae, Stephan	
	willkullili, Katilal'illa		тпошае, этернан	



	Ordentliche Mitglieder	Unter-	Stellvertretende Mitglieder	Unter-
		schrift		schrift
DIE LINKE.	Akbulut, Gökay	\boxtimes	Jelpke, Ulla	
	Achelwilm, Doris	\boxtimes	Lay, Caren	
	Movassat, Niema		Möhring, Cornelia	
	Straetmanns, Friedrich		Renner, Martina	
BÜNDNIS	Bayram, Canan		Kühn (Tübingen), Christian	
90/DIE GRÜNEN	Keul, Katja	\boxtimes	Künast, Renate	
	Rößner, Tabea		Mihalic, Dr. Irene	
	Rottmann, Dr. Manuela		Schauws, Ulle	

sowie weiter	e Mitglieder des Deutschen Bundestages	Unter- schrift
SPD	Rüthrich, Susann	\boxtimes
FDP	Brandenburg, Jens	\boxtimes
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Lehmann, Sven	×



Sprechregister Abgeordnete

	Seite
Doris Achelwilm (DIE LINKE.)	16, 24
Jens Brandenburg (FDP)	16, 24
Dr. Karl-Heinz Brunner (SPD)	16, 24
Katrin Helling-Plahr (FDP)	15, 24
Stellvertretender Vorsitzender Dr. Heribert Hirte (CDU/CSU)	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30
Katja Keul (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	23
Sven Lehmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	16, 23
Paul Lehrieder (CDU/CSU)	15, 23
Susann Rüthrich (SPD)	17, 24



Sprechregister Sachverständige

	Seite
Dr. med. Oliver Blankenstein Pädiatrischer Endokrinologe, Charité-Universitätsmedizin Berlin AGS- Eltern- und Patienteninitiative e. V.	7, 22
Claudia Kittel Deutsches Institut für Menschenrechte e. V., Berlin Leiterin Monitoring-Stelle UN-Kinderrechtskonvention	8, 21, 25
Dr. Ulrike Klöppel Geschlechterforscherin, Mitglied des Beirats Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen – OII Germany e. V.	9, 29
Prof. Dr. Katharina Lugani Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Lehrstuhl für deutsches, europäisches und internationales Privat- und Verfahrensrecht Institut für Rechtsfragen der Medizin	14, 20, 25
Prof. i.R. Dr. Konstanze Plett, LL.M. Universität Bremen Fachbereich Rechtswissenschaft	10, 19, 27
Dr. med. Wiebke Pühler Bundesärztekammer Berlin Leiterin Dezernat Wissenschaft, Forschung und Ethik	11, 18, 27
Prof. Dr. med. Annette Richter-Unruh Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Ruhr-Universität Bochum im St. Josef-Hospital	12, 18, 28
Prof. Dr. Katinka Schweizer MSH Medical School Hamburg Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie	13, 17, 29



Der stellvertretende Vorsitzender Dr. Heribert Hirte: Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich eröffne die 128. Sitzung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz mit der öffentlichen Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung auf Drucksache 19/24686. Außer Ihnen, den Kolleginnen und Kollegen hier im Saal, begrüße ich die per Webex zugeschalteten Abgeordneten. Ich begrüße aber vor allen Dingen unsere Sachverständigen, von denen zwei, Frau Kittel und Herr Blankenstein, hier persönlich vor Ort mit riesigem Abstand anwesend sind. Die anderen Sachverständigen begrüße ich per Webex – da komme ich gleich nochmal darauf zurück: Herzlich willkommen. Ich begrüße die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, die ebenfalls per Webex zugeschaltet sind und ich begrüße die ZuhörerInnen auf der Tribüne. Gegenstand der heutigen Anhörung ist der Gesetzentwurf der Bundesregierung, mit dem das Recht auf geschlechtliche Selbstbestimmung von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung besser geschützt werden soll. Einige Hinweise zum Ablauf der Anhörung: Sie, die Sachverständigen, erhalten zunächst die Gelegenheit zu einer Eingangsstellungnahme. Wir beginnen dabei alphabetisch, heute also mit Herrn Blankenstein. An die Sachverständigen ergeht die Bitte, nicht länger als 4 Minuten zu sprechen. Wir messen die Zeit hier vorne. Kurz bevor die Zeit um ist, ertönt ein Signal und wenn sie abgelaufen ist, ertönt es noch einmal. Die zugeschalteten Sachverständigen sowie alle anderen per Webex zugeschalteten Teilnehmer bitte ich, die Mikrofone auszuschalten, solange nicht gesprochen wird. An den Vortrag der Stellungnahmen schließen sich die Fragerunden an – eine oder mehrere – je nach dem wie viele Fragen gestellt werden. Die Kollegen haben dann jeweils zwei Fragen, die sie entweder an unterschiedliche Sachverständige stellen oder es ergehen zwei Fragen an einen Sachverständigen. Die Sachverständigen werden dann in der ersten Fragerunde in umgekehrter alphabetischer Reihenfolge um ihre Antworten gebeten. Das wird heute als Erste Frau Schweizer sein. Und dabei gibt es auch die Bitte, sich zu kurz zu halten. In der zweiten Fragerunde wird dann wieder in der anderen alphabetischen Reihenfolge vorgegangen. Nun noch einige

grundsätzliche Hinweise: Die Anhörung ist öffentlich. Das Sekretariat fertigt auf der Grundlage einer Tonaufzeichnung ein Wortprotokoll an. Bild- und Tonaufnahmen von der Tribüne oder auch per Webex sind nicht gestattet. Ebenfalls nicht gestattet sind Beifallsoder Missfallensbekundungen von der Tribüne. Rein vorsorglich möchte ich darauf hinweisen, dass Störungen in der Sitzung nach dem Ordnungswidrigkeiten- und Strafrecht geahndet werden können. Bitte jetzt daran denken: So etwas wie anderswo wollen wir hier nicht bekommen, haben es auch nie gehabt und sind auch dankbar dafür. Ich danke Ihnen erstmal für die Aufmerksamkeit bezüglich der einleitenden Worte. Sie, Herr Blankenstein, haben als Erster das Wort für Ihre einführende Stellungnahme. Bitteschön.

SV Dr. Oliver Blankenstein: Vielen Dank für die Einladung als Sachverständiger. In meiner Rolle als pädiatrischer Endokrinologe versorge ich Patienten mit Störungen der Geschlechtsentwicklung und mein Schwerpunkt sind Patienten mit sog. adrenogenitalem Syndrom (AGS). Grundsätzlich ist das Ziel des Gesetzes zu begrüßen. Man muss ein bisschen kritisch sehen, dass es eine Art Paradigmenwechsel gibt. Das heißt, das ist das erste Mal, dass auch der Gesetzgeber nicht von vornherein sagt: "Der Arzt tut dem Patienten nur Gutes.", sondern es schwingt ein leichter Generalverdacht mit. Der zweite Punkt ist, dass die Varianten der Geschlechtsentwicklung (DSD, "Disorder of Sex Development") eine Vielfalt von Erkrankungen meinen und es deswegen nicht eine, sondern vielfältige und individualisierte Lösungen braucht. Jetzt komme ich zu dem Hauptthema: Das sind die Patienten mit AGS. Das ist zahlenmäßig die größte Gruppe der Patienten unter den DSD-Patienten. Das ist insofern eine besondere Erkrankung, weil die – ich sage mal – durch einen biologischen Unfall kommt. Sie entsteht nämlich dadurch, dass eine Störung in der Nebenniere bei der Produktion des Stresshormons Cortisol eine Zwischenstufe sehr hoch ansteigen lässt, mit der der Körper dann nichts anderes anfangen kann, als zufälligerweise Testosteron zu erzeugen. Bei den weiblich veranlagten Feten, die von dieser Erkrankung betroffen sind, werden, weil unser Körper nun mal so gesteuert ist, die untersten sozusagen in



der Haut entstehenden Teile der äußeren Geschlechtsorgane vermännlicht. So passiert es, dass es zu einem uneindeutigen Geschlechtsbild kommt. In diesen Formen ist es so, dass bei den schwerer Betroffenen auch der Urinabfluss nicht funktioniert. Die Patienten haben eine größere Gefahr von Harnwegsinfektionen bis hin zu schweren Nierenschädigungen, sind aber in ihrer Gesamtveranlagung – das wissen wir – zutiefst weiblich und sehr zufrieden damit. Sie sind in gewisser Weise – zumindest wenn diese Harnabflussstörung, der sogenannte Sinus urogenitalis vorliegt – darauf angewiesen, dass man das korrigiert. Ansonsten laufen die ihr ganzes Leben lang mit einer Harnentleerungsproblematik herum. Ich denke, da muss ein Ausnahmetatbestand geschaffen werden. Wenn es bei der jetzt vorgeschlagenen Einzelfallentscheidung mit der interdisziplinären Kommission bleibt, muss diese individualisiert funktionieren. Der Peer-Berater, also der Patientenvertreter, sollte unbedingt aus der gleichen Patientengruppe sein. Bei der Vielfalt der Erkrankung kann nicht der Eine für den Anderen reden, weil die Erfahrungen ganz unterschiedlich sind. Ich finde. man muss die Gesellschaft als solche einbinden. Ich denke, da gehört die Medizinethik mit dazu, währenddessen die Anwesenheit der Sozialpädagogik, die jetzt vorgesehen ist, sich mir nicht ganz erschließt – schon gar nicht, wenn man bedenkt, dass das häufig dienstrechtlich anderen Kommissionsmitgliedern zugeordnete Menschen sind und damit nicht richtig eine neue Meinung dazukommt. Ich finde es auch gut, wenn man sich überlegen würde, diese Kommission so zu konzipieren, dass die Eltern die Möglichkeit einer zweiten Meinung haben. Das heißt: Eher einen qualifizierten zweiten Arzt einbinden, als den, der sowieso schon immer dabei ist. Ich glaube, das macht das Ganze transparenter. Es ist auch insgesamt für so schwierige Erkrankungen gut, wenn man mehr Vielfalt hat. Vielen Dank.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Herr Blankenstein. Als Nächste wäre dann Frau Kittel dran.

SVe Claudia Kittel: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Mitglieder des Rechtsausschusses, sehr geehrte Interessierte. Ich bedanke mich ausdrücklich für die Einladung zur heutigen Anhörung. Als Leiterin der MonitoringStelle UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) des Deutschen Instituts für Menschenrechte, der unabhängigen Nationalen Menschenrechtsinstitution Deutschlands, richte ich den Blick auf den Gesetzentwurf zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung aus einer kinderrechtlichen Perspektive. Aus dieser Perspektive heraus möchte ich zunächst einmal betonen, dass wir die Ziele des Gesetzentwurfes ausdrücklich begrüßen – auch mit Blick darauf, welche positiven Veränderungen der Gesetzentwurf seit Vorlage des Referentenentwurfs im Februar 2020 durchlaufen hat. Die Monitoring-Stelle begrüßt die Lösung einer klarstellenden Regelung hinsichtlich der Grenzen der Personensorge in Art. 1 des Gesetzentwurfs durch die Eltern, mit Blick auf eine Behandlung eines nichteinwilligungsfähigen Kindes mit Varianten der Geschlechtsentwicklung, die alleine in der Absicht erfolgt, das körperliche Erscheinungsbild des Kindes an die binäre Geschlechterordnung anzupassen. Wir begrüßen dies aus einer kinderrechtlichen Perspektive. Damit entspricht die Bundesregierung den wiederholten dringlichen Empfehlungen internationaler Menschenrechtsgremien und des Europäischen Parlaments, gesetzliche Verbote von geschlechtsnormalisierenden Eingriffen zu erlassen. Aus Sicht der Monitoring-Stelle fehlt hier jedoch die explizite Erwähnung eines Verbots des Bougierens. Zum wirksamen Schutz des Rechts der betroffenen Kinder auf körperliche Unversehrtheit erscheint es wichtig und hilfreich, bereits durch den Gesetzeswortlaut Handlungsklarheit dahingehend zu schaffen, dass sich die intendierte Reichweite des Verbots auch auf die Behandlungsform des Bougierens erstreckt - inklusive schon laufender Behandlungen. Die in Art. 1 des Gesetzentwurfs mit § 1631e Absatz 2 BGB-E gewählte Regelung für alle operativen Eingriffe, für die nicht bereits nach Absatz 1 die Einwilligungsbefugnis fehlt, ist aus einer kinderrechtlichen Perspektive besonders zu begrüßen. Besonders, da hier mittels der Bedingung, dass der Eingriff nicht bis zu einer selbstbestimmten Entscheidung des Kindes aufgeschoben werden kann, die Rechtsposition von Kindern als TrägerInnen eigener Rechte ausdrücklich gestärkt wird. Dies entspricht dem Grundgedanken der UN-KRK in besonderem Maße. Gleiches gilt für die Einführung des familiengerichtlichen Vorbehaltes im Falle einer



Einwilligung nach § 1631e Absatz 2 BGB-E. Lobend hervorzuheben ist auch, dass bei den geplanten Ausnahmeregelungen in § 1631e Absatz 3 BGB-E vom Gesetzgeber explizit das Kindeswohl als Abwägungskriterium betont wird. Auch die in den Absätzen 3 und 4 gewählte Lösung mit einer interdisziplinären Kommission, die die Ermittlung und Bestimmung des Kinderwohls durch das Familiengericht verfahrensmäßig vereinfachen und erleichtern soll, ist angesichts der häufig betroffenen Neugeborenen und Kleinstkinder eine gut gewählte Lösung. Die Vorgaben der UN-KRK hinsichtlich der Ermittlung und Bestimmung des Kindeswohls sehen ein geregeltes, transparentes und nachvollziehbares sowie dokumentiertes Verfahren vor, das jedoch nur dann als sachgemäß durchgeführt angesehen wird, wenn auch der Meinung und dem Willen des Kindes gemäß den Vorgaben aus Art. 12 UN-KRK Gehör und Berücksichtigung geschenkt wurde. Es erschließt sich uns daher nicht, warum in der Zusammensetzung der Kommission die Betroffenen-Perspektive außen vor bleibt und nicht die Einbindung einer Interessensvertretung des Kindes durch eine erwachsene Person sowie der Expertise einer entsprechend qualifizierten intergeschlechtlichen Person vorgesehen ist. Abschließend möchte ich noch kurz einen Blick auf die im Gesetzentwurf enthaltene Verlängerung der Aufbewahrungsfrist für PatientInnen-Akten werfen, die wir ebenfalls sehr begrüßen. Wir halten jedoch die Einführung eines Registers für sinnvoll, das den Zugang der betroffenen Personen zu benötigten Informationen sehr erleichtern würde. Vielen Dank für die Einladung und ich freue mich auf die Fragerunde.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Frau Kittel, vielen Dank. Als Nächste hat das Wort Frau Klöppel, die uns per Webex zugeschaltet ist.

SVe Dr. Ulrike Klöppel: Vielen Dank. Die 2016 veröffentlichte S2k-Leitlinie "Varianten der Geschlechtsentwicklung" empfiehlt, Genitaloperationen an nicht einwilligungsfähigen Kindern äußerst restriktiv zu stellen. Doch eine Datenabfrage für Klitoris-Operationen sowie Vaginalplastiken gemäß fallpauschalenbezogener Krankenhausstatistik zeigt, dass selbst solche Eingriffe, die eigentlich kaum ein anderes Ziel als die Feminierung des Erscheinungsbildes haben

können, auch noch in den Jahren 2017 und 2018 durchgeführt wurden - wahrscheinlich hauptsächlich an Kindern mit einer AGS-Diagnose. Jeder Eingriff an den geschlechtlichen Merkmalen nichteinwilligungsfähiger Kinder, der nicht zur Abwendung einer Gefahr für das Leben oder einer erheblichen Gefahr für die Gesundheit erforderlich ist, verstößt gegen die Menschenrechte. Der Gesetzentwurf ist ein wichtiger Schritt zum Schutz vor normangleichenden Behandlungen an nichteinwilligungsfähigen Kindern. Aber ich sehe einigen Nachbesserungsbedarf. Erstens ist der Schutzbereich des neuen § 1631e Bürgerliches Gesetzbuch in der vorgeschlagenen Form zu stark eingeschränkt. Er gilt nur für einen Teil der Kinder mit angeborenen Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale. Und zwar bezieht er sich nur auf die Kinder, die eine Diagnose erhalten, die medizinisch als Variante der Geschlechtsentwicklung eingeordnet und von der S2k-Leitlinie erfasst wird. AGS gehört derzeit dazu, aber das könnte sich womöglich bald ändern. Die Leitlinie soll nämlich bereits im kommenden Juli geprüft und gegebenenfalls verändert werden. § 1631e BGB-E baut auf dieser medizinischen Referenz auf und läuft damit Gefahr, dass sein Schutzbereich weder längerfristig fixiert, noch eindeutig und verbindlich definiert ist. Zweitens ist der Schutzbereich eingeschränkt auf einwilligungsunfähige Kinder. Der Gesetzentwurf hält es für ausreichend, dass allein ÄrztInnen die Einwilligungsfähigkeit feststellen. Sie würden damit die übergroße Verantwortung tragen, sicherzustellen, dass sich die Kinder und Jugendlichen tatsächlich frei von familiärem und gesellschaftlichem Druck und in ausreichender Kenntnis von Risiken und Alternativen für diesen in der Regel schwerwiegenden und irreversiblen Eingriff entscheiden. Hierfür bedarf es nach meiner Auffassung dringend einer behandlungsexternen Prüfung. Drittens sind die Ausnahmen vom Verbot nach § 1631e BGB-E zu nennen. Sie sind versteckt in Absatz 1 in der Formulierung "ohne dass ein weiterer Grund für die Behandlung hinzutritt". Als ein solcher Grund kommt offenbar auch eine psychische Gesundheitsgefahr infrage, allerdings immerhin laut Entwurfsbegründung keine bloß befürchtete. Hier läuft der Gesetzentwurf Gefahr, dass das Konzept eines psychosozialen Notfalls, das über Jahrzehnte als Indikation für



normangleichende Behandlung diente, wieder zulässig wird. Leider sehen auch die Ausführungen zur Stellungnahme der Kommission nach Absatz 5 keine besonders sorgfältige Prüfung einer solchen Indikation vor, die auf einer psychischen Beeinträchtigung basiert. Mindestens müsste eine Erläuterung verlangt werden, ob psychosoziale Alternativen wie Familientherapien oder Selbsthilfegruppen umfassend ausprobiert wurden. Viertens: Sehr zu begrüßen ist es, dass der Gesetzentwurf eine Evaluierung vorsieht. Diese sollte bereits nach drei Jahren erfolgen, denn zehn Jahre mit einem Gesetz zu arbeiten, das in der Praxis möglicherweise große Lücken lässt, ist aus Gründen des Kinderschutzes unzumutbar. Um mögliche Gesetzeslücken zu erfassen, müssen in die Evaluation nicht nur die chirurgischen, sondern auch die medikamentösen angleichenden Behandlungen einbezogen werden, und zwar von allen, die unter die Varianten der Geschlechtsentwicklung fallen - auch von den einwilligungsfähigen Kindern und Jugendlichen mit oder ohne Diagnose. Aus dem gleichen Grunde - das ist mein fünfter Punkt – muss die Anhebung der Aufbewahrungsfristen für PatientInnenakten bis zum 48. Lebensjahr für alle behandelten Kinder und Jugendlichen gelten, unabhängig von ihrer Diagnose oder Einwilligungsfähigkeit. Dieselben Fristen braucht es zudem für die Gerichtsakten. Sechstens wäre die Evaluationsforschung allein auf eine Aktenauswertung angewiesen. Damit würde das Auffinden einschlägiger Akten der Suche nach einer Nadel im Heuhaufen gleichen. Daher bedarf es eines zentralen Registers, an das ÄrztInnen und RichterInnen alle fraglichen Fälle unter Verwendung einer Identifikationsnummer melden müssen. Das Register würde zugleich den Betroffenen im Erwachsenenalter das Auffinden ihrer Akten erleichtern. Vielen Dank.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Klöppel. Als Nächste hat das Wort Frau Lugani.

Wir hören Sie hier nicht. Wollen wir mit der nächsten Sachverständigen weitermachen? Frau Lugani, wir überspringen Sie und gehen als Nächstes erst einmal zu Frau Plett über, die jetzt das Wort hat. Herzlich willkommen hier in der Runde. SVe Prof. Dr. Konstanze Plett: Vielen Dank Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete. Ich bedanke mich für die Gelegenheit, zu dem vorliegenden Gesetzentwurf Stellung nehmen zu können. Dieser Gesetzentwurf, der vor ziemlich genau einem Jahr als Referentenentwurf diskutiert wurde, weist Verbesserungen auf, enthält aber noch verschiedene Probleme bzw. ihm wurden sogar an bestimmten Stellen Probleme hinzugefügt.

Mit dem Gesetz soll das Recht von Kindern auf geschlechtliche Selbstbestimmung gestärkt werden. Diese Zielsetzung ist Maßstab für meine Stellungnahme. Gelingt es, mit den vorgesehenen Bestimmungen diesem Recht der Kinder zur Wirksamkeit zu verhelfen? § 1631e Absatz 1 BGB-E bedeutet gegenüber der geltenden Rechtslage keine Änderung – selbst ohne die Beschränkung auf Kinder mit Varianten der Geschlechtsentwicklung nicht: Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit der Art, um die es hier geht, sind immer von der höchstpersönlichen Zustimmung abhängig. Das heißt, bei neu auf die Welt gekommenen Menschen ist so lange zu warten, bis sie selbst über solche Eingriffe entscheiden können. Ausnahmen sind also zu regeln. Zu der Einschränkung der elterlichen Sorge, die das bedeutet, ist anzumerken, dass das Sorgerecht der Eltern ohnehin nicht unbegrenzt gilt. Seit Inkrafttreten des BGB hat nichts anderes gegolten. Für mögliche Interessenskonflikte zwischen Eltern und Kind hat schon der ursprüngliche Gesetzgeber des BGB Ende des 19. Jahrhunderts das Vertretungsrecht der Eltern, damals des Vaters, beschränkt und geplante Rechtshandlungen von gerichtlicher Genehmigung abhängig gemacht.

Damit komme ich zu § 1631e Absätze 2 bis 5 BGB-E. Dort wird der Genehmigungsvorbehalt des Familiengerichts für die Rechtmäßigkeit der Einwilligungserklärung der Sorgeberechtigten, die diese in Vertretung ihrer nichteinwilligungsfähigen Kinder zu geplanten operativen Eingriffen an Geschlechtsmerkmalen abgeben, normiert. Zu kritisieren ist vor allem die Es-sei-denn-Regelung in Absatz 3. Damit soll der gerichtliche Genehmigungsvorbehalt in Abhängigkeit von einem Umstand entfallen, der mit diesem Genehmigungsvorbehalt zusammenhängt: der Zeitdauer, die ein solches Verfahren braucht. Das



ist nicht justiziabel – schon gar nicht, wenn die Entscheidung, wie lange das Gerichtsverfahren dauern würde, bei Eltern und ÄrztInnen liegen soll

Nun komme ich zum Positiven und zugleich zu den in diesem Gesetzentwurf nicht enthaltenen, aber notwendigen Regelungen, wenn das Positive sich auch positiv auf die Rechtsstellung der Kinder auswirken soll: der Verlängerung der Aufbewahrungspflicht von PatientInnenakten in diesen Fällen. Den Kindern wird damit die Möglichkeit gegeben, Behandlungen und Eingriffe, die an ihnen in frühestem Alter vorgenommen wurden, dann, wenn sie älter oder bereits erwachsen sind, nachvollziehen und gegebenenfalls gerichtlich überprüfen lassen zu können. Das wird ihnen aber versagt, wenn nicht zugleich die Verjährungsfristen für mögliche Gerichtsverfahren angepasst werden. Meine schriftliche Stellungnahme enthält dazu weitere Ausführungen und konkrete Vorschläge.

Des Weiteren ist zu bedenken, dass gerade in den Fällen, die mit dem Gesetz geregelt werden sollen, es anders, als es dem Gesetzentwurf als Vorstellung zugrunde zu liegen scheint, nicht den einen Behandelnden und die eine Patientenakte gibt. Damit die Kinder, wenn sie keine Kinder mehr sind, durch Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen ihre eigene Geschichte nachvollziehen können, ist es erforderlich, dass alles, was in diesem Zusammenhang zu ihrer Person gehört, an einer Stelle zusammengeführt wird: Stichwort Zentralregister. Auch dazu habe ich mich in der schriftlichen Stellungnahme näher geäußert, und in den Stellungnahmen der anderen Sachverständigen finden sich ebenfalls ausführliche Anmerkungen und Vorschläge dazu. Mein Resümee an dieser Stelle: Der Gesetzentwurf ist grundsätzlich auf einem guten Weg, bedarf jedoch einiger Änderungen und Ergänzungen. Dankeschön.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Plett. Frau Lugani ist gerade nicht erreichbar, deshalb machen wir in der alphabetischen Reihenfolge mit Frau Pühler weiter. Willkommen in der Runde: Sie haben das Wort

SVe **Dr. Wiebke Pühler**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete. Ich freue mich sehr, Ihnen heute die Perspektive der Bundesärztekammer zu dem Gesetzentwurf darstellen zu können. Es ist sehr erfreulich, dass im Fokus Ihrer Diskussion ein Vorgehen steht, das dem Wohl des Kindes am besten entspricht. Bereits 2012 hat der Ethikrat in einer sehr umfassenden Aufarbeitung herausgestellt, dass Kinder mit Varianten der Geschlechtsentwicklung als Teil der gesellschaftlichen Vielfalt deren Respekt und Unterstützung verdienen. Vor dem Hintergrund hat sich die Bundesärztekammer 2014 und 2015 mit der Thematik befasst und eine Stellungnahme vorgelegt, die Ihnen bekannt ist. Wir haben das Problem noch einmal dargestellt die unterschiedlichen Behandlungsansätze, die historisch und die heute verfolgt werden - und entsprechende Empfehlungen daraus abgeleitet. Diese Stellungnahme zielte vor allen Dingen darauf ab, die betroffenen Ärzte und die Ärzteschaft über das Thema zu informieren. Damit sollte auch dem Anliegen des Ethikrates Rechnung getragen werden, den Respekt und die Unterstützung für die betroffenen Patientinnen und Patienten innerhalb der Ärzteschaft weiter zu vergrößern. Die Stellungnahme richtete sich darüber hinaus an die interessierte Öffentlichkeit. Ein Jahr später hat die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) mit ihrer schon erwähnten S2k-Leitlinie wesentliche Behandlungsempfehlungen veröffentlicht und den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft für die Behandlung der Betroffenen festgeschrieben. Was man festhalten muss und was, glaube ich, für die Diskussion sehr wesentlich ist, ist, dass es nicht "die Intersexualität" oder "den Intersexuellen" oder "die Intersexuelle" an sich gibt. Festzustellen ist, dass es sich bei Kindern und Jugendlichen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung um ein Kontinuum verschiedener Varianten zwischen der binären Systematik "männlich" und "weiblich" handelt. Es geht im Endeffekt in jedem individuellen Fall darum, die richtige Diagnose zu stellen und individuell zugeschnittene Behandlungsansätze zu finden. Das leitet dazu über, dass man nicht schablonenartig "die richtige Behandlung" definieren kann, denn neben den medizinischen Sachverhalten spielen andere Faktoren – psychologische, soziale, kulturelle und sehr individuelle – in die Bestimmung der richtigen Behandlung mit



hinein. Die früher angewandte Optimal-Gender-Policy, die möglichst frühzeitige Zuordnung eines Kindes mit Varianten der Geschlechtsentwicklung zu einem männlichen oder weiblichen Geschlecht, ist mittlerweile verlassen. Wir wissen sehr gut, dass ein großer Teil der damals so Behandelten zufrieden ist, ein anderer Teil diese Behandlung aber heute aus der Retrospektive sehr kritisch sieht. Wir versuchen mittlerweile, möglichst die Full-Consent-Policy anzuwenden. Das heißt, wir setzen auf das Einverständnis der Kinder für die Behandlungsansätze und beziehen sie so weit möglich mit in die Entscheidungsfindung ein. Damit haben wir einen absoluten Wechsel in der Behandlung vollzogen. Man muss klar sagen: Die Auswirkungen dieses veränderten Behandlungsansatzes sind offen. Denn wir wissen heute nicht, wie die so behandelten Kinder im Erwachsenenalter retrospektiv die Behandlung bewerten. Es sind reine Vermutungen, dass Kinder, die möglichst lange in einem unbestimmten äußeren Erscheinungsbild gelassen wurden, um ihnen ein selbstbestimmtes Entscheiden zu ermöglichen, das retrospektiv positiv beurteilen. Insofern hoffen wir sehr auf die wissenschaftliche Evaluation dieses Ansatzes und die angestoßenen Forschungsaktivitäten, u. a. die vom Bundesministerium der Gesundheit (BMG) finanzierte Ressortforschung, die spätestens 2023 ihren Abschluss finden wird. Ein apodiktisches Behandlungsverbot löst das bestehende Dilemma nicht. Das zeigen die Statements von verschiedenen Patientenvertretergruppen im Anhang der AWMF-Leitlinie. Sie wissen, dass der Verein Intersexuelle Menschen e.V. eher Kritik an zu früher Behandlung angemeldet hat, während die AGS Eltern- und Patienteninitiative e. V. eine frühe Behandlung bevorzugt. Diese konträren Bewertungen verdeutlichen nochmals, dass man, um dem jeweiligen Patienten gerecht zu werden, individuelle Behandlungsansätze suchen muss. Diese Entscheidungsfindung erfolgt unter Berücksichtigung des Patientenwillens im Rahmen der ärztlichen Indikation. Eine familiengerichtliche Genehmigung kann diesen medizinisch hochkomplexen und sehr individuellen Fragen nicht gerecht werden. Vielen Dank.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Pühler. Wir machen im Alphabet mit Frau Richter-Unruh weiter.

SVe Prof. Dr. Annette Richter-Unruh: Guten Morgen, Herr Vorsitzender. Vielen Dank, dass ich die Gelegenheit bekomme, hier etwas zu sagen. Ich bin als Kinderendokrinologin und behandelnde Ärztin seit mehr als 20 Jahren auf diesem Gebiet tätig. Im November 2020 wurde auf der virtuellen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie in den Arbeitsgruppen DSD und Nebenniere der Gesetzesentwurf vorgestellt. Ich spreche für die Arbeitsgruppe DSD. Wir haben das sehr positiv und als einen Schritt in die richtige Richtung aufgenommen. Kinder mit Besonderheiten in der Geschlechtsentwicklung und deren Familien müssen – wie schon Frau Pühler gesagt hat – individuell gesehen, das Vorgehen muss im Einzelfall diskutiert und es muss eine dem betroffenen Individuum angemessene medizinische Versorgung gewährleistet werden. Aus der eigenen Erfahrung heraus besteht ein breites Kontinuum der Übergänge von Varianten der Geschlechtsentwicklung, der unterschiedlichsten zugrundeliegenden genetischen Ursachen, der unterschiedlichen Folgen auf die Fortpflanzungsfähigkeit und auf die Funktion der Gonaden sowie der unterschiedlichen Ausprägung der noch vorhandenen Sexualhormonbildung und deren Wirkung.

Insofern sollte für eine operative Maßnahme grundsätzlich die Genehmigung einer interdisziplinären Kommission vorliegen. Die zusätzliche Genehmigung des Familiengerichts wäre inhaltlich nicht notwendig. Ich weiß allerdings nicht, wie das rechtlich zu regeln ist. Für Operationen, die der Beseitigung einer Gesundheitsgefahr oder einer Funktionsstörung dienen – wie auch dem Sinus urogenitalis, den Herr Blankenstein vorgestellt hat – oder bei denen nicht bis zu einer selbstbestimmten Entscheidung des Kindes zu einem späteren Zeitpunkt abgewartet werden kann, sollte nur die Genehmigung der interdisziplinären Kommission notwendig sein. Auch ich begrüße sehr, einen Medizinethiker mitaufzunehmen. Ein grundsätzliches Operationsverbot für nichteinwilligungsfähige Kinder bis zum 14. Geburtstag wird



dem breiten Übergang von Varianten der Geschlechtsentwicklung und den unterschiedlichen zugrundeliegenden Ursachen nicht gerecht. Als Voraussetzung für die Durchführung einer möglichen Operation sollten mindestens zwei befürwortende Stellungnahmen von zwei unterschiedlichen interdisziplinären Kommissionen mit einem zeitlichen Abstand von mindestens sechs Monaten vorliegen. Der zeitliche Abstand ist notwendig, damit die Familie ihre Entscheidung überdenken und reifen lassen kann. Auch die zweite Entscheidung der interdisziplinären Kommission im Sinne einer Zweitmeinung sollte ergebnisoffen getroffen werden. Weiterhin legt der Gesetzentwurf in § 1631e Absatz 5 Satz 1 BGB-E fest, welche Angaben die befürwortende Stellungnahme der interdisziplinären Kommission für operative Eingriffe gemäß § 1631e Absatz 2 BGB-E enthalten muss. Hinsichtlich der Angabe gemäß § 1631e Absatz 5 Satz 1 Nummer 5 BGB-E finde ich, dass das nicht nur dokumentiert, sondern eine Voraussetzung sein sollte. Eine Aufklärung und Beratung der Eltern zum Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung muss stattgefunden haben. Auf die Möglichkeit einer Beratung durch eine Beratungsperson mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung muss zumindest hingewiesen und ein Kontakt hergestellt worden sein. Zusammenfassend begrüßen wir als Kinderendokrinologen den Gesetzentwurf als guten Schritt in die richtige Richtung. Das Erfordernis einer Genehmigung durch das Familiengericht stellt eine bürokratische Hürde und zudem eine Belastung für die Familien dar. Wir bitten um die Überprüfung der Notwendigkeit. Die Entscheidung für operative Maßnahmen sollte in spezialisierten Kommissionen erfolgen. Es sollten mindestens zwei Gutachten im Abstand von mindestens sechs Monaten im Sinne einer Zweitmeinung erforderlich sein. Weiterhin halten wir es für wichtig, die Meldungen von Kindern und Jugendlichen mit DSD und deren Operation in einem unabhängigen Register festzuhalten. Vielen Dank.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Richter-Unruh. Als Nächste hat Frau Schweizer das Wort. SVe Prof. Dr. Katinka Schweizer: Vielen Dank. Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete. Um den vorliegenden Gesetzentwurf wird schon seit einiger Zeit gerungen. Wir saßen in ähnlicher, noch größerer Runde dazu z. B. im Oktober 2018 zusammen. Ein wesentliches Problem ist das fehlende Wissen in der Allgemeinbevölkerung und bei vielen Fachkräften über angeborene körperliche Varianten der Geschlechtsentwicklung. Dem müssen wir auch mit diesem Gesetz begegnen. Biologisch und sexualwissenschaftlich betrachtet, hat eigentlich jeder Mensch eine Variante der Geschlechtsentwicklung, denn kein Körper und kein Geschlechtsorgan gleicht dem anderen. Es gibt weder den Normpenis, noch die Standardvulva oder die Normklitoris. Gerade die äußeren Genitalien sind besonders vulnerabel und nicht nur wichtige Bestandteile der geschlechtlichen Selbstbestimmung, sondern auch der eigenen sexuellen Gesundheit. Somit berührt das geplante Gesetz vor dem Hintergrund der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie - ich habe meine 17 Ziele immer dabei. Sie wahrscheinlich auch – nicht nur das Sustainable-Development-Goal (SDG) 10 "Weniger Ungleichheiten", sondern auch das SDG 5 "Geschlechtergleichheit" im Sinne der Sicherstellung der Voraussetzungen für die sexuelle Gesundheit aller Menschen auch im Erwachsenenalter. Für die Gesetzgebung ist es von Vorteil, dass wir inzwischen auf genügend Erkenntnisse und Errungenschaften – Wissen aus Forschung, Erfahrungsexpertise und den sich vollziehenden Anerkennungsprozessen zurückgreifen können. Ich greife das in meiner Stellungnahme näher auf. Insgesamt sehe ich es auch so, dass der Gesetzentwurf und die Ziele zu begrüßen sind. Es besteht allerdings Verbesserungsbedarf. Der Gesetzentwurf ist in der aktuellen Fassung noch teilweise widersprüchlich und schwer verständlich, wenn nicht unnötig kompliziert. Ich möchte auf wesentliche Punkte hinweisen. Aus sexualwissenschaftlicher, psychologischer und psychotherapeutischer Sicht lege ich den Schwerpunkt erstens auf das Prozedere der interdisziplinären Kommission, die in jedem zu entscheidenden Fall eingesetzt werden sollte. Das sollte praktikabel, realistisch und gerecht sein. Zweitens setze ich einen Akzent



bei der Sicherstellung der von der Bundesregierung zu Recht geforderten Gewährleistung einer unabhängigen psychosozialen Beratung. Das knüpft gut an meine Vorrednerin an. Drittens ist ein Verbot des Bougierens im Kleinkind- und Kindesalter notwendig. Viertens lege ich einen Schwerpunkt auf die Einführung eines Bundeszentralregisters. Damit möchte ich auf besonders wichtige Punkte meiner Stellungnahme hinweisen. Zum einen ist ein wichtiger Punkt die unverbindliche und unabhängige Beratung. Ein zentrales Ergebnis des Fachtags des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) im Oktober 2018 bestand in der Anerkennung von deren Notwendigkeit. Entsprechend taucht der geforderte psychosoziale Beratungsprozess mehrmals im Begründungstext auf. Der explizite Verweis darauf fehlt jedoch in der Gesetzesvorlage, was eine Lücke bedeutet. Zu ergänzen sind daher die Sicherstellung des Rechtsanspruchs auf einen unabhängigen Beratungsprozess und dessen Finanzierung. Die Eltern sollten verbindlich eine unabhängige Beratung durchlaufen haben, bevor sie in einen geschlechtsangleichenden Eingriff einwilligen dürfen. Zweitens sind Angaben zur Häufigkeit bzw. Seltenheit von Varianten der Geschlechtsentwicklung erforderlich. Drittens sind die Ziele der befürwortenden Stellungnahme sehr gut formuliert. Die Darstellung unterstreicht die Notwendigkeit eines begleiteten Aufklärungsund Beratungsprozesses bei der Entscheidungsfindung. Das ist auf Seite 28 der Bundestagsdrucksache 19/24686 gut formuliert. Viertens sind entsprechend auf Seite 29 die ergänzenden Regelungen zu Beratungsangeboten für Eltern wichtig. Fünftens betrachte ich die interdisziplinäre Kommission. Diese sollte durch eine unabhängige Fachperson koordiniert und die BehandlerInnen beratend hinzugezogen werden. Ich schließe mich den wesentlichen Forderungen und Anregungen des Bundesrates an. Auch die Kostendeckung der Kommission ist sicherzustellen. Abschließend möchte ich noch auf einen logischen Fehlschluss in der Gegenäußerung der Bundesregierung auf Seite 48 hinweisen. Dort wird die Gewährleistung eines notwendigen, vorausgehenden und per Stellungnahme nachzuweisenden psychosozialen Beratungsprozesses allein an das Merkmal der Beteiligung einer psychosozialen Fachperson in der

Kommission gebunden. Das ist natürlich nicht ausreichend. Das wurde gerade schon ausgeführt. Die aufgeführten Änderungen sollten durch flankierende Maßnahmen, insbesondere zur Verbesserung der unabhängigen psychosozialen Begleitung und Versorgung der Eltern und Familien mit Kindern mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung sowie für Heranwachsende und Erwachsene mit solchen Varianten, gesichert werden. Ich bedanke mich.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Schweizer. Frau Lugani hat als Letzte das Wort.

SVe **Prof. Dr. Katharina Lugani**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete. Das Ziel des vorliegenden Gesetzesentwurfs ist uneingeschränkt zu begrüßen und eine gesetzliche Regelung ist dringend an der Zeit. Gleichwohl kann der Gesetzentwurf nur eingeschränkt überzeugen. Ich möchte auf vier Defizite hinweisen. Erstens: Der Entwurf untersagt problematische Behandlungen nicht mit der nötigen Strenge. Dies beginnt bereits beim Anwendungsbereich. Er erfasst nicht alle genitalverändernden Eingriffe, sondern nur geschlechtsangleichende Eingriffe an Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung. Die fehlende Strenge setzt sich fort, indem Eingriffe während der Einwilligungsunfähigkeit des Kindes bereits dann erlaubt sind, wenn sie dem Wohl des Kindes am besten entsprechen, und nicht erst. wenn sie aufgrund unabweisbarer Gründe erforderlich sind. Hormonelle und medikamentöse Behandlungen scheinen im bisherigen Rahmen zulässig, solange sie neben der Geschlechtsangleichung noch weitere Zwecke verfolgen. Zweitens: Der Entwurf untersagt genitalverändernde Eingriffe nicht mit der nötigen Rechtssicherheit. Die Normstruktur ist äußerst komplex, vielschichtig und herausfordernd. Mit den Tatbestandsvoraussetzungen des fehlenden weiteren Grundes einer Behandlung und der Einwilligungsfähigkeit werden sehr unklare und auslegungsbedürftige Begriffe verwendet. Diese erschweren sichere Prognosen über die Rechtmäßigkeit eines Eingriffs, zumal sie kumulativ verwendet werden. Die Rechtsanwendung wird zusätzlich durch verschiedene Grade der Eilbedürftigkeit behindert, deren Unterschiede nur schwer



auszumachen sind. Drittens: Die interdisziplinäre Kommission ist nicht hinreichend präzise geregelt. Unabdingbar erscheinen mir Anforderungen an die wirtschaftliche Unabhängigkeit der Kommissionsmitglieder, an nennenswerte Berufserfahrung, an ein geregeltes Verfahren, an Vorgaben zur Entscheidungsfindung und zur Überprüfbarkeit ihrer Arbeit. Die interdisziplinäre Kommission sollte auch nicht wie bislang die Kindeswohlprüfung durchführen, da es sich um ein juristisches Konzept handelt. Die Beteiligung von und Beratung durch intersexuelle Personen und in der Beratung von intersexuellen Menschen erfahrene Personen sollte stärker gefördert werden. Damit rückt das Akzeptieren des eigenen Körpers stärker als Entscheidungsmöglichkeit in den Blick. Viertens: Das vereinfachte Verfahren verkürzt den Rechtsschutz übermäßig. Das vereinfachte Verfahren ist im neuen § 167b Absatz 1 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) für den Fall vorgesehen, dass eine befürwortende Stellungnahme vorliegt und sich dem Gericht keine Zweifel an der Genehmigungsfähigkeit aufdrängen. Dieses Verfahren verzichtet auf zentrale und bewährte Instrumente des kindschaftsrechtlichen Verfahrens: Die Beteiligung eines Verfahrensbeistands, die Beteiligung des Jugendamts und die persönliche Anhörung der Eltern. Es steht zu befürchten, dass es im vereinfachten Genehmigungsverfahren kaum zu einer echten eigenständigen Prüfung des Gerichts kommt. Der Stellungnahme der interdisziplinären Kommission wird sehr großes Gewicht zukommen. Die hervorgehobenen Unklarheiten zur Unabhängigkeit und zu den Pflichten der Kommissionsmitglieder sowie zum Entscheidungsmodus werden dadurch umso virulenter. Umgekehrt sollte auch für Verfahren, in denen keine befürwortende Kommissionsstellungnahme vorliegt, gewährleistet sein, dass das Gericht in der Lage ist, eine fundierte Entscheidung zu treffen. Lassen Sie mich wie folgt schließen: Der Gedanke, dass man als intergeschlechtliche Person dauerhaft leben kann, ohne sich dem weiblichen oder männlichen Geschlecht angleichen zu wollen, kommt im Gesetzentwurf nicht hinreichend zur Geltung. Der Entwurf erscheint zudem in der jetzigen Form

nicht hinreichend geeignet, die Praxis der genitalverändernden Eingriffe wirklich maßgeblich zu reduzieren. Die Gerichte werden letztlich kaum in die Lage versetzt, umfassend mit den nötigen Kenntnissen und mit der nötigen Prüfungsdichte zu entscheiden. Vielen Dank.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Lugani. Wir sind am Ende der Einführungsrunde. Damit komme ich jetzt zur ersten Fragerunde. Als Erster hat sich Herr Lehrieder gemeldet.

Abg. Paul Lehrieder (CDU/CSU): Sehr geehrter Herr Vorsitzender. Meine Frage geht an Herrn Dr. Blankenstein und Frau Dr. Pühler. Wir haben, wie es auch die Stellungnahmen bereits ausgeführt haben, ein gestuftes Verfahren. Die Regel ist, mit den Behandlungen bis zur Einwilligungsfähigkeit des Kindes zu warten. Eine Ausnahme ist dann gegeben, wenn nicht bis zur Erteilung der Genehmigung gewartet werden kann. Hierbei spielen eine Genehmigung des Familiengerichts und ein operativer Eingriff, der zur Abwehr einer Gefahr für Leib und Leben oder der Gesundheit des Kindes erforderlich ist, eine Rolle. Die Genehmigung des Familiengerichts ist auf Antrag der Eltern zu erteilen, wenn der geplante Eingriff dem Wohl des Kindes am besten entspricht. Für die Vermutung des Kindeswohls ist eine positive Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission vorgesehen. Besteht die Gefahr der Verzögerung lebenserhaltender Eingriffe durch eine etwaige vorgeschaltete Prüfung der Zulässigkeit des Eingriffes? Welche Auswirkungen hat das vorgeschlagene, zunächst abzuwartende Verfahren bei medizinischen Eingriffen? Ergänzend an Herrn Dr. Blankenstein: Der Vorstellung Ihrer Stellungnahme entnehme ich, dass Sie bereits seit langem in der Versorgung von Patienten mit DSD und AGS arbeiten. Wie sind die Erfahrungen mit Eltern und PatientInnen, die frühzeitig operiert worden sind? Und inwieweit gibt es solche mit nicht-operierten PatientInnen? Dankeschön.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Herr Lehrieder. Als Nächste kommt Frau Helling-Plahr.

Abg. Katrin Helling-Plahr (FDP): Ich habe zwei Fragen an Frau Professorin Lugani. Sie hatten im Rahmen Ihrer Stellungnahme angerissen, dass die



Norm möglicherweise nicht klar genug formuliert ist. Deswegen würde ich mich da über weitere Ausführungen freuen. Inwieweit schafft die neue Norm denn aus Ihrer Sicht Rechtsklarheit? Inwieweit macht sie das eben nicht? Sie haben angesprochen, dass den Kommissionsstellungnahmen großes Gewicht zukommt. Kann man dem Entwurf zufolge am Ende von einheitlichen Standards der Kommissionsstellungnahmen ausgehen?

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Helling-Plahr. Herr Brunner kommt als Nächster.

Abg. Dr. Karl-Heinz Brunner (SPD): Herr Vorsitzender, meine Kolleginnen und Kollegen. Mein herzlicher Dank geht zuerst an die Sachverständigen, die uns nochmal einen Blick auf den Gesetzestext, die Umsetzung in der Praxis und die medizinische und psychologische Praxis gegeben haben. Eine Frage richte ich an Frau Professorin Richter-Unruh. Zuerst möchte ich es reflektieren. Die Stellungnahme der Bundesärztekammer wird in Ihrer Stellungnahme kritisiert, da außer der S2k-Leitlinie zur Geschlechterentwicklung keine gesetzliche Regelung notwendig sei. Eine Abkehr von der Optimal-Gender-Policy sei demnach bereits eingeleitet worden. Warum besteht aus Ihrer Sicht trotzdem eine Notwendigkeit des Gesetzes? Die zweite Frage richtet sich an Frau Kittel, der ich ebenfalls für Ihre Stellungnahme herzlich danke. Sie hat sich mit der inter-disziplinären Kommission auseinandergesetzt. Welche Aspekte werden im Abschlussbericht aufgenommen? Können Sie dabei auch den Aspekt der Zweitmeinung mitberücksichtigen? Das Schöne ist eigentlich, dass alle Sachverständigen erklärt haben, dass das Gesetz in die richtige Richtung geht. Und wenn es in die richtige Richtung geht, dann sollten wir nach dem Struck'schen Gesetz am Ende ein gutes Gesetz auf den Weg bringen.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Herr Brunner. Als Nächster ist Herr Lehmann dran.

Abg. **Sven Lehmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank Herr Vorsitzender und Danke an die Sachverständigen für die sehr varianten- und kenntnisreichen Stellungnahmen. Diese geben uns viel Stoff, um das Gesetz in der

Tat im Sinne des Struck'schen Gesetzes noch besser zu machen, als es im Entwurf ist. Ich würde sehr gerne in der ersten Runde zwei Fragen an Frau Professorin Dr. Schweizer richten. Sie haben das teilweise in Ihrem Referat angedeutet. Sie haben die Notwendigkeit der unabhängigen psychosozialen Beratung für die Eltern betont. Sehen Sie das in dem Gesetzentwurf ausreichend wiedergegeben? Wie kann diese im Prozess der Entscheidung und vor allem innerhalb der interdisziplinären Kommission noch verbessert werden? Bei der zweiten Frage geht es um das sog. Bougieren. Das haben mehrere Sachverständige richtigerweise als sehr schmerzhaften bis hin zu einem traumatischen Eingriff für die Betroffenen beschrieben. Fordern Sie explizit ein Verbot im Gesetzentwurf? Wie könnte das aussehen? Der Bundesrat hat das bspw. gefordert. Vielen Dank.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Herr Lehmann. Als Nächste hat Frau Achelwilm das Wort.

Abg. Doris Achelwilm (DIE LINKE.): Vielen Dank an die Sachverständigenrunde auch seitens der Fraktion DIE LINKE. Das sind sehr präzise, wirklich fachlich notwendige Erläuterungen Ihrerseits, die uns in diesem Prozess definitiv einen großen Schritt nach vorne bringen. Meine ersten beiden Fragen richten sich an Frau Professorin Konstanze Plett. Es wurde von mehreren Sachverständigen auf die Notwendigkeit eines Zentralregisters hingewiesen. Welche konkreten Daten und Unterlagen sollten aus Ihrer Sicht bei Eingriffen an den Genitalien von Kindern in dieses Zentralregister aufgenommen werden? Wer darf und muss darauf Zugriff bekommen? Zweitens: Welche Konsequenzen sind für die Betroffenen der medizinischen Eingriffe zu befürchten, wenn ein bundesweites Zentralregister nicht eingeführt würde? Vielen Dank.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Achelwilm. Herr Brandenburg.

Abg. Jens Brandenburg (FDP): Vielen Dank. Ich habe zwei Fragen an Frau Professorin Lugani. Die erste Frage bezieht sich auf die interdisziplinäre Kommission. Sie haben im Eingangsstatement deutlich die Regelung dazu kritisiert. Ist denn die interdisziplinäre Kommission in dieser Form



überhaupt sinnvoll? Zur zweiten Frage: Wir sprechen sehr viel über nichteinwilligungsfähige Kinder, wenn es um die Selbstbestimmung geht. Natürlich geht es nicht nur darum, zu verhindern, dass sie möglicherweise gegen ihren Willen operiert werden. Ebenso soll bei den Kindern, die einwilligungsfähig sind, das Selbstbestimmungsrecht geschützt werden. Wie beurteilen Sie den vorliegenden Gesetzentwurf mit Blick auf den Fall der einwilligungsfähigen Kinder?

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Herr Brandenburg. Als Letzte hat Frau Rüthrich das Wort.

Abg. Susann Rüthrich (SPD): Vielen Dank. Ich habe zwei Fragen an Frau Kittel, die den Blick auf die Kinderrechte hat. Ein Kinderrecht ist das der Beteiligung und nicht nur des Schutzes und der Förderung. Wie kann sichergestellt werden bzw. ist es ausreichend sichergestellt, dass die Kinder selbst in dem familiengerichtlichen Verfahren beteiligt sind? Die Frage bezieht sich nicht nur auf die Beteiligung bei der Abwägung, ob der medizinische Eingriff nötig ist, sondern auch darauf, ob die Kinder an sich ausreichend beteiligt werden. Zur zweiten Frage: Die Kinder werden in eine Welt geboren, in der die Eltern, wenn das Kind im Bauch ist, schon gefragt werden: "Was wird es denn? Ein Junge oder ein Mädchen?" Welche Art von Beratung und Begleitung sehen Sie sowohl für das betroffene Kind als auch für die Eltern als notwendig an? Das geht über die rein medizinische Frage hinaus. Ist ausreichend gesichert, dass Beratung und Begleitung in dem Fall gewährleistet sind, der die Familien und die Kinder durchaus sehr fordern kann?

Der stellvertretende Vorsitzende: Vielen Dank Frau Rüthrich. Damit sind wir am Ende der ersten Fragerunde und kommen zur Beantwortung. Wir gehen in umgekehrter alphabetischer Reihenfolge vor. Als Erste hat Frau Schweizer zu antworten auf die beiden Fragen von Herrn Lehmann.

SVe Prof. Dr. Katinka Schweizer: Vielen Dank für die Fragen. Ich hatte eingangs erläutert, dass ein Grundproblem ist, dass zu wenig Wissen über die Varianten der Geschlechtsentwicklung in unserer Wissensgesellschaft vorhanden ist. Das ist das Kernproblem, das Familien bzw. Eltern trifft, die – wie gerade geschildert – ein Kind bekommen

und in der Regel nicht damit rechnen, dass das Kind ein mehrdeutiges Genital oder eine Variante der Geschlechtsentwicklung hat. Dieses Wissen müssen wir fördern. Das gilt auch für die Allgemeinbevölkerung, denn sonst brauchen die Eltern in kurzer Zeit einen großen Wissenszuwachs. Nicht nur den Wissenszuwachs. sondern auch die Möglichkeit, Entscheidungen treffen zu können, soll und kann eine unabhängige, fachkundige, psychosoziale Beratung gewährleisten. Aktuell gibt es diese Beratungsangebote institutionell und systematisch kaum. Das wird seit vielen Jahren gefordert - seit dem Consensus Statement 2006. Alle genannten wichtigen Dokumente beziehen sich darauf: Der Ethikrat, die Bundesärztekammer, die Leitlinie. In der Praxis ist das noch nicht angekommen. In den Fach- und Kompetenzzentren gibt es - das ist gut - endokrinologische oder pädiatrische PsychologInnen, die aber oft nicht genügend Expertise haben. Die neuen Studien, die gerade laufen, versuchen, das zu verbessern. In den unabhängigen Beratungsangeboten, die meistens selbsthilfegeführt sind, ist Fachkunde vorhanden. Das gilt auch zum Teil für die psychiatrischen Institutsambulanzen. Dort ist aber keine reguläre Finanzierung möglich. Es gibt fachkundige PsychotherapeutInnen, die auch niedergelassen tätig sind – so wie ich es bin. In den psychosozialen Beratungsstellen wird nachgebessert und Curricula sind vorhanden. Es besteht aber das Problem der Finanzierung, da diese nicht sichergestellt ist. Und es gibt eben diese Vielfalt. Es besteht politisch ein Nachbesserungsbedarf mit Blick auf die Unabhängigkeit der Beratung. Bisher fand alles in einem Zentrum statt, in welchem in der Vergangenheit automatisch Diagnostik, Beratung, Aufklärung und gegebenenfalls Operation in einer Hand lagen. Deshalb fehlt mir im Gesetzestext der explizite Bezug zur unabhängigen, psychosozialen und fachkundigen Beratung. Der Fehlschluss, auf den ich hingewiesen habe, macht das deutlich: Es wird angenommen, dass die Beratung gewährleistet ist. Der Nachweis wird aber an die Mitwirkung einer Sozialpädagogin in der Kommission gebunden, die vielleicht kurzfristig zusammenkommt, wenn sich die Eltern das leisten können – das ist ein bisschen überspitzt formuliert. Zum Bougieren ist schon viel publiziert worden, auch gerade von den



ChirurgInnen in London um Sarah Creighton. Da kann man ansetzen. Es gibt nach meiner Kenntnis keine medizinische Indikation, warum bei einem Kleinkind oder einem Baby eine Neovagina angelegt werden muss, die dann auch gedehnt bougiert - werden muss. Wir wissen von den GynäkologInnen und Fachleuten in diesem Bereich, dass das am besten mit den dann auch entscheidungsfähigen jungen Menschen in der Adoleszenz besprochen wird. Das Dehnen ist nicht nur mit Metallstäben, sondern auch mit den Fingern und auf andere vielfältige Arten möglich. Ich begleite Menschen mit Geschlechtsdysphorie - früher Transsexualität - und da weiß ich, wie schmerzhaft das auch im Erwachsenenalter ist und wie das gemacht wird. Die Selbstbestimmung ist da aber ungemein wichtig. Damit das Bougieren in dieser Vielfalt und Komplexität der Varianten der Geschlechtsentwicklung nicht untergeht, finde ich es wichtig, dass es explizit im Gesetz erwähnt wird. Es wurde mehrfach genannt, dass wir nicht alles über einen Kamm scheren sollten. Das ist auch ein Problem: Dieses große Thema ist den meisten Menschen zu kompliziert. Man schaltet dann ab. lehnt sich zurück und überlässt es den wenigen ExpertInnen. Das kann nicht länger unser Ziel sein. Danke.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Schweizer. Als Nächste ist Frau Richter-Unruh mit der Antwort auf die Frage von Herrn Brunner dran.

SVe Prof. Dr. Annette Richter-Unruh: Vielen Dank für die Frage. Es geht um die S2k-Leitlinie zu den Varianten der Geschlechts-entwicklung, die ich gemeinsam mit den Dres. Krege und Eckoldt koordiniert und erstellt habe. Die Leitlinie ist konsensbasiert. Es besteht nicht in allen Punkten ein Konsens, so z. B. zum Thema Operation. Dazu gibt es Stellungnahmen, die nicht zu konsentieren waren. Die Leitlinie stellt nur eine Empfehlung dar und ist kein verbindliches Dokument. Die Expertise, die man haben muss, um diese Kinder zu behandeln, spiegelt diese Leitlinie nicht wider. Die S2k-Leitlinie kann dieses Gesetz nicht ersetzen. Sie ist eine Handlungsempfehlung, von der man sich leiten lassen kann, wie Kinder zu betreuen sind. Es ist keine Verpflichtung. Insofern ist der Gesetzesentwurf sehr wichtig.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann ist als Nächste Frau Pühler mit der Antwort auf die Frage von Herrn Lehrieder dran.

SVe Dr. Wiebke Pühler: Vielen Dank für die Frage nach dem Stellenwert der gestuften Regelung, die jetzt im Gesetzgebungsverfahren vorgeschlagen wird. Die Bundesärztekammer hat insgesamt erhebliche Schwierigkeiten mit der Vorstellung, dass zukünftig ein Familiengericht genehmigen soll, was vorab eine interdisziplinäre Kommission fachlich und sachgerecht in ihrer Stellungnahme formuliert und empfohlen hat. Da sehen wir einen erheblichen Unterschied bspw. zu § 1631d BGB, in dem es um die Beschneidung ohne medizinische Indikation geht. Vorliegend besteht der Sonderfall, dass eine medizinische Indikation sehr hochrangig interdisziplinär gestellt worden ist. Es stellt sich aus unserer Sicht die Frage, welcher Zugewinn für die Patienten durch das Genehmigungsverfahren des Familiengerichts in diesem speziellen Fall erreicht werden kann. Im Falle eines positiven Votums bestätigt das Gericht die Stellungnahme der interdisziplinären Kommission durch seine Genehmigung. Eine eigene fachliche Bewertung oder gar Kommentierung dieses Votums ist durch das Gericht allein aufgrund der mangelnden Sachkunde nicht möglich und angesichts der fachlichen Kompetenz der Kommission auch nicht nötig. Wir sehen darin einen unnötigen Aufwand für die Familien und die Betroffenen, der insbesondere psychologisch belastend ist. Die Genehmigung stellt aber auch eine finanzielle Belastung dar, der kein erkennbarer Zugewinn für die Behandlung oder die Behandlungsqualität gegenübersteht. Aus medizinischer Sicht ist das wichtig, was wir in unserer Stellungnahme dargestellt haben und was auch in der S2k-Leitlinie verdeutlicht wird: Die Diagnostik muss in entsprechend kompetenten Zentren interdisziplinär vorgenommen werden. Die Familien müssen ausreichend aufgeklärt, informiert und vor allen Dingen begleitet werden. Das Problem, das wir dringend diskutieren müssen, ist, warum immer noch der Reflex von Familien im Angesicht eines solchen Kindes besteht, zu sagen: "Wir wünschen eine schnelle Zuordnung zu "männlich" oder "weiblich". Hinter diesem Wunsch stecken insbesondere eine noch nicht ausreichende gesellschaftliche Akzeptanz und ein sozial gefühlter



Normalisierungsdruck. Und unser Gefühl ist, dass wir – jeder in seinem Zuständigkeitsbereich – diesbezüglich sehr stark tätig werden müssen. Der Ethikrat hat daran ebenfalls angeknüpft. Es bedarf eines deutlich besseren Verständnisses der Gesellschaft für diese Problematik und der entsprechenden Akzeptanz. Wir haben versucht, mit unserer Stellungnahme daran anzuknüpfen, Ärztinnen und Ärzte weiter für das Thema zu sensibilisieren und über den aktuellen Stand zu informieren. Der Gesetzentwurf versucht inhaltlich doch nichts anderes; Sein Ziel ist es, die Erkenntnisse des Standes der medizinischen Wissenschaft für die interdisziplinäre Indikationsstellung hinsichtlich dieser Kinder verbindlich zu verankern. Aus unserer Sicht ist das BGB dafür aber nicht der geeignete Regelungsort. In anderen Regelungsbereichen wie dem Transfusionsgesetz oder dem Transplantationsgesetz gibt es das Modell, dass gesetzliche Grundlagen für Richtlinien geschaffen werden, die den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft feststellen. Das ist aus unserer Sicht ein bewährtes, flexibles und sachgerechtes Instrument, um einerseits Rechtssicherheit zu gewährleisten und andererseits der Weiterentwicklung des Standes der medizinischen Wissenschaft Rechnung zu tragen. Ich stimme Frau Professorin Richter-Unruh zu: Eine S2k-Leitlinie kann nicht die Verbindlichkeit haben, die eine auf der Basis einer Rechtsgrundlage erstellte Richtlinie hat. Durch das familiengerichtliche Verfahren wird die ärztliche Indikationsstellung hinterfragt. Wir sehen damit die ärztliche Berufsfreiheit nach Art. 12 Grundgesetz (GG) infrage gestellt. Vielen Dank.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank meinerseits. Als Nächste hat Frau Plett das Wort mit der Antwort auf die Frage von Frau Achelwilm.

SVe Prof. Dr. Konstanze Plett: Vielen Dank Frau Achelwilm. Die Fragen betreffen das Zentralregister: Welche Daten werden gespeichert? Wer hat darauf Zugriff? Welche Folgen hat die Nichteinführung eines Registers? Zu den zu speichernden Daten: Alle Akten, die im gesamten Umfeld der Behandlung angelegt werden, sollten im Register zusammengeführt werden. Das betrifft die Diagnosen, sämtliche Behandlungen, die Gerichtsakten zu den Verfahren über die

Rechtmäßigkeit von Einwilligungserklärungen und die Tätigkeit der Kommission. Dabei ist zu unterscheiden, wer Interesse an den Unterlagen hat. Das leitet bereits zur zweiten Frage über: Wer sollte Zugriff auf das Register haben? Nach meiner Vorstellung sind die Personen an den Akten interessiert, deren Körper es betrifft. Primär sollte das behandelte Kind auf das Register zugreifen können. Zunächst kann es zwar weder lesen noch kommunizieren noch die Einsichtnahme beantragen. Allerdings ist ein Aufbewahrungszeitraum von 48 Jahren vorgesehen, so dass eine Einsichtnahme als Heranwachsender oder im Erwachsenenalter möglich ist.

Des Weiteren wurde die notwendige Forschung angesprochen. Bereits in den letzten zwanzig Jahren hat es einen rasanten Wissenszuwachs in diesem Bereich gegeben. Dieser sollte auch weitergeführt werden. Deshalb braucht die Wissenschaft ebenfalls Zugriff auf das Register. Dieser müsste jedoch anonymisiert erfolgen, sodass die Daten nicht mehr einzelnen Personen zuordenbar sind. Das Gleiche gilt in Bezug auf den Gesetzentwurf auch für die Evaluierung. Im Grunde geht es um eine Zusammenführung der Daten. In meinem Eingangsstatement hatte ich ausgeführt, dass für mich das betroffene Kind, das heranwächst, und dessen Rechte im Mittelpunkt stehen. Dem liegt folgende Vorstellung zugrunde: Es wird ein Eingriff an einem zweijährigen Kind vorgenommen, den es nur zwanzig Jahre später nachvollziehen möchte. Die Akten befinden sich bei der Hausarztpraxis, den Kliniken und den verschiedenen Stellen, bei welchen das Kind vorgestellt, diagnostiziert und behandelt wurde. Diese Stellen sind nicht miteinander vernetzt. Daher ist eine Meldepflicht für alle Stellen erforderlich. Die Pflicht sollte unabhängig vom Alter des Kindes bestehen. Das Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit kann streitig sein. Deshalb macht es keinen Sinn, wenn diejenigen, die die Informationen haben, auch über deren Meldung entscheiden. Die Frage nach den Konsequenzen der Nichteinführung eines Registers habe ich fast schon mitbeantwortet. Das Kind soll geschützt. und seine Rechte sollen gewahrt werden. Es darf nicht von Zufällen abhängen, ob es sich die Informationen beschaffen kann oder nicht. Ohne Zentralregister verbleibt es bei den Zufällen. Das Kind muss herumreisen und die Informationen



sammeln – vielleicht sind sie gar nicht mehr vorhanden. Danke.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Plett. Als Nächste hat Frau Lugani das Wort mit den Antworten auf die Fragen von Frau Helling-Plahr und Herrn Brandenburg, die jeweils zwei Fragen gestellt haben.

SVe Prof. Dr. Katharina Lugani: Vielen Dank. Frau Helling-Plahr hatte zunächst gefragt, inwieweit die neue Regelung Rechtsklarheit schafft. Der Norm ist sicherlich zugutezuhalten, dass sie in § 1631e Absatz 1 BGB-E ein klares Verbot für die von ihr erfassten Behandlungen statuiert. Zwar ist es bislang schon so, dass es eine Verletzung der elterlichen Sorge darstellt, in solche Behandlungen einzuwilligen. Das rechtliche Können der Eltern geht aber über das Dürfen hinaus. Diese Grenze ist bisher nicht hinreichend sichtbar. Ich finde auch, dass zur Rechtsklarheit beiträgt, dass in § 1631e Absatz 2 BGB-E ein gerichtliches Verfahren für die Durchführung von Eingriffen, die die Regelung erfasst, gefordert ist. Eine Rechtsklarheit wird damit aber nicht ganz so eindeutig geschaffen. An vielen Stellen verstecken sich Unklarheiten, Prognose- und Beurteilungsschwierigkeiten für die Ärzte und alle anderen Rechtsanwender. Ich möchte mich auf ein Beispiel fokussieren: Das ist das Aufschiebenkönnen in § 1631e Absatz 2 BGB-E. Absatz 2 ordnet an, dass das gerichtliche Genehmigungsverfahren erforderlich ist, wenn es um Eingriffe geht, die nicht bis zur Einwilligungsfähigkeit des Kindes aufgeschoben werden können. In der Gesetzesbegründung lesen wir dazu, dass es um Nachteile geht. Es soll eine Abwägung stattfinden, ob die Nachteile eines unterlassenen Eingriffs im konkreten Fall schwerer und dringlicher wiegen als die Sicherung des Kindesinteresses, welches darin besteht, in der Zukunft eine eigene autonome Entscheidung über seine geschlechtliche Erscheinung zu treffen. Das ist eine sehr große und umfassende Abwägung. Bereits in dieser vorgelagerten Phase ist zu entscheiden, ob überhaupt das Familiengericht eingeschaltet wird. Ich meine, dass wir in dieser vorgelagerten Phase eine klarere und nicht von so vielen Abwägungen beeinflusste Aussage des Gesetzes brauchen. Hinsichtlich des Aufschiebenkönnens wissen wir gar nicht genau, wann der

Minderjährige einwilligungsfähig sein wird – ob das mit 11, 13, 15 oder 18 Jahren der Fall sein wird. Es ist dann enorm schwierig, die Entscheidung, ob das Gericht gemäß § 1631e Absatz 2 BGB-E überhaupt zu involvieren ist, zu treffen. Sie hatten als Zweites nach den einheitlichen Standards der Kommissionsstellungnahmen gefragt. Es wäre durchaus sinnvoll, dass die Kommission nach einheitlichen Standards entscheidet. Ein Stück weit ist das schon vom Gesetz vorgegeben. § 1631e Absatz 5 BGB-E enthält einen Katalog von Aspekten, auf die die Kommissionsstellungnahme eingehen muss, so dass das die Standards der Kommission vereinheitlicht. Der Gesetzesentwurf erläutert zusätzlich auch, dass die Kommissionsstellungnahme sich zur Kindeswohldienlichkeit zu erklären hat. Das ist eine gewisse einheitliche Basis. Doch darüber hinaus, denke ich, besteht sehr viel Spielraum für Uneinheitlichkeit. Wie die Kommissionsmitglieder bestellt werden, welche Schritte die Kommission zu unternehmen hat, wie sie berät, wie sie ihre Entscheidungen trifft, wie sie sie dokumentiert – das ist nicht vorgegeben. Es finden sich keine Vorgaben im Gesetz und, wenn ich recht sehe, auch nur ganz grobe Ansätze in der Leitlinie von 2016. Ich halte aber solche einheitlichen Standards für das Prozedere der Kommission für angezeigt. Angesichts des enormen Gewichts, das der Stellungnahme gegenwärtig im gerichtlichen Verfahren zukommt, halte ich es sogar für dringend angezeigt. Also, Fazit zu Ihrer Frage: Gewisse Ansätze für einheitliche Standards sind sicherlich vorhanden, aber sie sind noch deutlich ausbaufähig. Ich komme zur Frage von Herrn Brandenburg. Sie hatten gefragt – nachdem ich die Ausgestaltung der interdisziplinären Kommission kritisiert habe -, ob diese Kommission überhaupt sinnvoll ist. Ja, auf jeden Fall! Da wird Fachkompetenz gebündelt: Das ist wunderbar und sehr sinnvoll. Diese interdisziplinäre Kommission leidet derzeit daran, dass sie nicht hinreichend geregelt ist. Gerade im Vergleich mit dieser mangelnden Regelungsdichte kommt ihr zu großes Gewicht im Gerichtsverfahren zu. Das kann man an dem Umstand ablesen, dass sogar gesagt wird, es sei völlig überflüssig, dass das Gericht entscheidet. Das kann ich ein Stück weit angesichts des derzeitigen Entwurfs nachvollziehen, weil das



Gericht zurzeit nicht wirklich eigenständig entscheidet. Also, die interdisziplinäre Kommission könnte, wenn sie harmonisch ausgestaltet wäre, sich mit dem Familiengericht zu einer ganz hervorragenden Entscheidungsfindung ergänzen. Dafür müssten die Mindeststandards zur Zusammensetzung und Entscheidungsfindung der Kommission geregelt und es müsste gewährleistet werden, dass das Gericht wahrhaft eigenständig entscheiden kann. Das könnte bspw. durch die zwingende Anordnung der Einholung von Sachverständigengutachten, die Einbeziehung des Verfahrensbeistands und die Abschaffung der verfahrensvereinfachenden Vermutungswirkung erreicht werden. Ich komme zur letzten Frage: Wie steht es um die Rechtslage für einwilligungsfähige Kinder? Hat der Gesetzentwurf für die einwilligungsfähigen Kinder - wenn man die Einwilligungsfähigkeit bejaht hat – eine angemessene Regelung geschaffen? Es fällt auf, dass die einwilligungsfähigen Kinder aus § 1631e BGB-E völlig herausfallen. Das heißt, sie entscheiden eigenständig und allein. Sie brauchen nicht die Zustimmung der Eltern, sie benötigen keine familiengerichtliche Genehmigung und keinen zwingenden Rat. Das finde ich zu weitgehend. Die Konsequenz der Bejahung der Einwilligungsfähigkeit ist, dass die Kinder dringend angezeigte Operationen verweigern, auf Aufklärung verzichten und in Operationen einwilligen können, die medizinisch überhaupt nicht initiiert sind. All das folgt aus der vollständigen Bejahung der Einwilligungsfähigkeit. Ich meine, das geht an der Realität und den langfristigen Bedürfnissen der Kinder ebenfalls vorbei. Ich habe einen Mittelweg vorgeschlagen. Demnach ist die Bejahung der Einwilligungsfähigkeit im Co-Konsens von Eltern und Kind in diesem speziellen Fall - nicht im allgemeinen Arzthaftungsrecht - erforderlich. Verweigern die Eltern den Konsens, könnte das Einverständnis der Eltern durch eine familiengerichtliche Genehmigung ersetzt werden. Das würde die Mitbestimmung der Eltern sichern und mit einem Ausweg bei einem Eltern-Kind-Dissens verbinden. Vielen Dank.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Lugani. Als Nächste ist Frau Kittel mit den Antworten auf die Fragen von Frau Rüthrich und Herrn Brunner dran. SVe Claudia Kittel: Vielen Dank für die Fragen. Herr Brunner, zur interdisziplinären Kommission möchte ich nochmal auf Art. 3 UN-KRK verweisen. Es gilt, das Kindeswohl zu ermitteln und zu bestimmen. Ich möchte betonen, dass in der UN-KRK das Kindeswohl nicht im Sinne der Kindeswohlgefährdung, die es abzuwenden gilt, verstanden wird, sondern hier das Kindeswohl ein Optimum ist, das es zu erreichen gilt. Im englischen Original wird auch von den "best interests of the child" gesprochen. Von daher ist die interdisziplinäre Kommission durchaus ein geeignetes Gremium, um eine solche Ermittlung und Bestimmung des Kindeswohls vorzunehmen. Es wurde an anderer Stelle schon betont, wie wichtig es ist, sich auf den jeweiligen individuellen Fall einzustimmen, die jeweilige Situation eines Kindes im Gesamtgefüge in den Blick zu nehmen und eine interdisziplinäre Perspektive einzunehmen. Das ist ein sehr gut gewählter Schritt, um den Interessen eines Kindes möglichst nahezukommen. Ich möchte mich aber noch einmal dahingehend äußern, dass die Interessensvertretung des Kindes fehlt. Frau Professorin Lugani hat das Fehlen der Bestellung des Verfahrensbeistandes durch das Familiengericht als ein Manko benannt. Diese Auffassung teilen wir. Das ist tatsächlich verwunderlich. Der Gesetzgeber hat in anderen laufenden Gesetzgebungsverfahren, wie z. B. dem Gesetz zur Bekämpfung sexualisierter Gewalt gegen Kinder, mit Änderungen des § 159 FamFG-E die Bestellung des Verfahrensbeistandes auf sehr viel festere Füße gestellt. Dort hat er betont, dass dies ohne Altersbeschränkung auch für ganz kleine Kinder gilt. Interessensvertretung – damit gehe ich auch über zur Beantwortung von Ihrer Frage, Frau Rüthrich – bedeutet nicht immer zwingend, dass ein Kind selbst angehört werden muss, was bei einem Neugeborenen oder einem Kleinkind ein wirklich schwieriges bis unmögliches Unterfangen wäre. Eine Vertretung, die eben die Perspektive des Kindes einnimmt und dafür Sorge trägt, dass dieses im Abwägungsprozess eine Stimme und damit auch besonderes Gehör hat, ist ein extrem wichtiger Punkt aus Sicht der UN-KRK. Die Vertretung ist dort im Abwägungsvorgang mit einem Vorrangigkeitsprinzip versehen. Die Interessensvertretung ist ein maßgeblicher Punkt. Ergänzend dazu: Herr Brunner, Sie hatten bezüglich der zweiten



Meinung nachgefragt. Ich habe es in der Stellungnahme nur kurz erwähnt und es wurde schon von anderen Sachverständigen benannt. Eine zweite fachliche Einschätzung durch einen Arzt/eine Ärztin ist wichtig. Die Person sollte möglichst nicht aus der gleichen Klinik oder dem gleichen direkten Kontext kommen und nicht mit der Behandlung betraut sein, sondern wirklich eine externe Ärztin/ein externer Arzt sein. Hier gibt es Nachbesserungsbedarf. Grundsätzlich möchte ich mich zur Frage nach Beratung und Begleitung sowie deren Notwendigkeit den Ausführungen sowohl von Frau Schweizer als auch von Frau Lugani anschließen. Eine Beratung für Eltern und Kind ist sehr wesentlich. Ich habe es in der Stellungnahme vorangestellt: Wir sehen eine Schwierigkeit hinsichtlich einwilligungsfähiger Kinder. Die UN-KRK stärkt zwar Kinder als AkteurInnen und VerteidigerInnen ihrer eigenen Rechte, aber die UN-KRK respektiert dabei genau das Kindsein von Kindern und damit ihre Schutzbedürftigkeit. Normalerweise dürfte ein Kind bei einem so schwerwiegenden Eingriff auch nicht – ich nenne es etwas überspitzt – allein gelassen werden. Es wäre sehr gut anzudenken, einem Kind Beratung und Unterstützung zugänglich zu machen. In den Stellungnahmen zum Referentenentwurf aus dem letzten Jahr haben wir uns bspw. als Institut für Menschenrechte für einen Beratungsanspruch stark gemacht. Der könnte gleichzeitig eine mögliche Kostenfrage klären. Danke.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Kittel. Als Letzter kommt Herr Blankenstein mit der Antwort auf die Frage von Herrn Lehrieder.

SV Dr. Oliver Blankenstein: Vielen Dank für die Fragen. Ich bin aufgerufen, aus der Praxis zu erzählen. Ich glaube, es ist ganz wichtig, dass man aus den Höhen ein bisschen dahin kommt, wo sich Kinder und Familien befinden. In der Situation nach der Geburt eines Kindes mit unklarem Geschlecht ist für die Eltern wenig so dringend, als dass das Kind normal wird. Als Ärzte sind wird dann als Bremser gefragt und müssen dafür sorgen, diese Dringlichkeit zu nehmen. Danach braucht man eine sehr gute Betreuungsstruktur. Nötig sind Psychologen, die die Eltern zurück auf den Boden holen, damit dieses Thema neu aufgebaut werden kann. Es ist

nicht so, dass die Mütter und Väter nichts für das Kind tun wollen. Aber die Situation bedeutet für manche Leute: "Ich habe tausend SMS geschrieben und schon gesagt, dass es ein Junge ist. Jetzt kommen Sie und sagen, es ist in Wirklichkeit ein Mädchen." Es entstehen Druckkonstellationen, für die es wichtig ist, dass man gute Betreuung hat. Die Frage war, wann eine wirklich dringende Situation vorliegt. Das ist der Fall, wenn in irgendeiner Form für Leib und Leben des Kindes Gefahr besteht oder wesentliche, für das Leben notwendige Funktionen durch die Fehlbildung gestört sind. Diesbezüglich sehen wir keine Probleme. Die Regelung ist klar formuliert. Dafür ist der Einwilligungsvorbehalt da. In den genannten Fällen kann man die Nichteinwilligung umgehen, weil man im Namen des Patienten handelt. Im Gesetzentwurf gibt es dazu eine klare Formulierung, die gewährleistet, dass man im Notfall das Nötige tut. Die Regel wird sein, dass man genügend Zeit hat, um sich eine gemeinsame Meinung mit den Eltern zu bilden. Man muss sich - das ist wirklich aus der Praxis - von dem Wunsch der Dringlichkeit gemeinsam mit den Eltern zurücknehmen und im Sinne des Kindes argumentieren. Es ist ganz wichtig, zu sagen: "Es geht nicht um die Frage, was die Oma denkt, sondern darum, wie es dem Kind in 30 Jahren geht." Zur Frage nach den Erfahrungen mit solchen Patienten: Es muss uns klar sein, dass es zu dem, was das Gesetz macht, keine Erfahrung gibt. In den letzten 30 Jahren wurde nicht nicht operiert. Als das entschieden worden ist, waren wir alle noch nicht an den Themen beteiligt. Ich war da vielleicht Abiturient oder jüngster Assistenzarzt. Die Regel war früher die Optimal-Gender-Policy: Die Patienten wurden operiert. Wir haben keine Evidenz dafür, wie das ist, wenn nicht operiert wird. Wir wissen von vielen Leuten, die operiert worden sind, dass sie damit sehr unglücklich sind. Vielleicht gibt es aber mindestens genauso viele, die sich nicht beschweren, weil sie nicht unglücklich sind. Das ist immer die Problematik. Ich möchte gerne von zwei Fällen berichten. Beides sind AGS-Patienten. Das Eine ist ein Mädchen, das schlecht operiert worden ist. Das war, bevor ich nach Berlin gekommen bin. Ich habe sie im Alter von acht Jahren kennengelernt. Es war nur die Klitoris entfernt worden, der Sinus urogenitalis



ist nicht operiert worden. Das würde man heute nie mehr machen. Dieses Mädchen war über Jahre todunglücklich, weil sie ihren Urin in die Scheide entleerte. Immer, wenn sie von der Toilette aufstand, lief der letzte Schluck in die Hose. Das wussten alle Mitschüler, es roch in der Umkleidekabine: Das war furchtbar. Sie hat darunter sehr gelitten. Dazu war sie zwar operiert, aber so, wie man das gar nicht tun darf. Das Gegenbeispiel dazu ist eine Patientin, die gerade 18 Jahre alt geworden ist. Sie hatte eine schwere Form des Sinus urogenitalis. Sie ist operiert worden und führte ein völlig normales Leben. Irgendwann sagte sie zu mir: "Sage es nicht meiner Mutter, aber ich will jetzt zu meinem Freund nach Dresden fahren." Es ist tatsächlich so, dass das läuft. Das ist eine normale Pubertät – normale junge Frau mit allen Sorgen und Nöten. Es war leider so, dass sie, so wie geplant, nach Dresden zu ihrem Freund gefahren ist. Dort ist ihr Cortison-Zustand entgleist, so dass es die Mama dann doch erfahren hat. Es ging aber gut aus. Das ist eine Frau, die so gut versorgt worden ist, dass sie am Ende auch vaginal entbinden könnte. Wir haben mit ihr immer wieder über dieses Thema gesprochen. Sie ist sich der Situation bewusst und kann damit gut umgehen. Es gibt also beide Seiten. Es gibt aber auch Patienten, die ich als echte DSD-Fälle bezeichnen würde. Bei ihnen weiß ich, dass es schwierig ist. Sie schwanken mehrfach zwischen der Zuordnung zu den verschiedenen Gendern und sprechen davon in ihren Wünschen. Sie sprechen das auch bei unseren Psychologen an. Da ist es klar: Jede Festlegung der äußeren Dinge wäre falsch, weil sie der inneren Werdung der Persönlichkeit vorausgeht und damit eine Einschränkung ist. Danke.

Der stellvertretende Vorsitzende: Vielen Dank Herr Blankenstein. Damit sind wir am Ende der ersten Antwortrunde. Wir haben für die zweite Fragerunde bereits Meldungen. Ich fange bei Frau Keul an, die uns per Webex zugeschaltet ist.

Abg. Katja Keul (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank für die spannenden Stellungnahmen. Ich habe zunehmend Zweifel an der rechtlichen Konstruktion des § 1631e BGB-E und möchte gerne Frau Professorin Plett und Frau Professorin Lugani hierzu fragen. Frau Professorin Plett: Sie hatten gesagt, dass § 1631e BGB-E letztlich gar nichts ändert, weil das Sorgerecht ohnehin nicht ungebremst gewährleistet ist. Das ist auch mein Kenntnisstand. Das Problem ist, dass jeder Eingriff, der medizinisch nicht indiziert ist, rechtswidrig und deswegen nicht einwilligungsfähig ist. Das hat damals zum Erlass des § 1631d BGB geführt. Mir stellt sich die Frage: Ist das der richtige Ort, um zu regeln, was medizinisch indiziert und was medizinisch nicht indiziert ist? So kommt auch Frau Richter-Unruh zu der Erkenntnis, dass das familiengerichtliche Verfahren überflüssig ist, wenn die Kommission gut und interdisziplinär besetzt ist und ein praktikables Verfahren bietet. Was machen wir im Sorgerecht im BGB? Was wäre denn die Alternative zu § 1631e BGB-E? Wo könnte man das regeln? Eine strafrechtliche Regelung ist schon im Vorfeld verworfen worden. Frau Pühler hat verbindliche Richtlinien auf der Grundlage eines Gesetzes erwähnt. Wäre das nicht eine dem Anlass angemessenere Alternative gegenüber der Regelung im BGB? Vielen Dank.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Keul. Herr Lehrieder.

Abg. Paul Lehrieder (CDU/CSU): Ich habe eine kurze Frage an Frau Dr. Klöppel und Frau Dr. Pühler. Die gesetzlichen Verschärfungen der Voraussetzungen für operative Eingriffe an den Geschlechtsmerkmalen wurden von Betroffenen und den Interessenverbänden lange ersehnt. Wie gestaltete sich die medizinische Praxis aus Ihrer Sicht vor 20 oder 30 Jahren in diesem Bereich? Was hat sich seither verändert? Herr Dr. Blankenstein hatte ausgeführt, dass auch die Mediziner in Zukunft stärker zur Geduld ermahnen sollten. Die Zuordnung zu einem Geschlecht müsse nicht direkt nach der Geburt vorgenommen werden. Besser sei es – gerade mit Blick auf das Kindeswohl und die Interessen des Kindes – zu warten, bis es einsichtsfähig ist, um die Entscheidung selbst zu treffen. Was hat sich in den letzten Jahren verändert? Wie schätzen Sie das ein?

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Lehmann ist jetzt dran.

Abg. **Sven Lehmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich habe eine Frage, die ich Frau Professorin Plett stellen möchte. Sie betrifft den Anwendungsbereich des



Gesetzentwurfs. Einige sind darauf in ihren Statements eingegangen. Der Gesetzentwurf soll Kinder mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung schützen. Besteht die Gefahr, dass das Gesetz letztlich nur einen Bruchteil der Kinder schützt, die es eigentlich schützen soll? Wenn ÄrztInnen feststellen, dass keine Variante der Geschlechtsentwicklung vorliegt und genitalverändernde Operationen vornehmen, die momentan als Körperverletzung gelten: Werden diese Operationen damit legalisiert?

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Herr Lehmann. Herr Brandenburg.

Abg. Jens Brandenburg (FDP): Vielen Dank. Die Frage knüpft direkt an die des Kollegen Lehmann an und geht an Frau Professorin Lugani und Frau Dr. Klöppel. Ich beziehe mich auch auf den Anwendungsbereich des Entwurfs. Er umfasst nur Kinder mit Varianten der Geschlechtsentwicklung und das dann, wenn das körperliche Erscheinungsbild des Kindes an das männliche oder weibliche Geschlecht angeglichen werden soll. Die Alternative wäre das, was wir Freien Demokraten in unserem Gesetzentwurf zur geschlechtlichen Selbstbestimmung – ähnlich der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – vorgeschlagen haben: Generell von genitalverändernden Operationen an Kindern zu sprechen, die medizinisch nicht erforderlich sind. Wie lautet Ihre Einschätzung vor diesem Hintergrund und mit Blick auf solche Alternativen und mögliche Umgehungen dessen, was wir hier eigentlich gesetzlich festschreiben wollen?

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Herr Brandenburg. Frau Rüthrich.

Abg. Susann Rüthrich (SPD): Vielen Dank. Ich habe eine weitere Frage an Frau Kittel und an Frau Professorin Richter-Unruh – aus kinderrechtlicher und aus medizinischer Sicht. Das Kindeswohl ist ein unbestimmter Begriff, der der Definition zugänglich ist. Ist aus Ihrer Sicht ausreichend klargestellt, dass eine allein vermutete künftige Herausforderung – bspw. eine psychische oder physische Herausforderung – nicht ausreicht, um das Kindeswohl so auszulegen, dass jetzt ohne die Einwilligung des Kindes operiert werden kann? Mir wurde z. B. in Universitätskliniken gesagt, dass sich ein Tumor

entwickeln könne, weswegen man sicherheitshalber jetzt schon die Operation durchführe.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Helling-Plahr kommt als Nächste.

Abg. Katrin Helling-Plahr (FDP): Vielen Dank. Frau Professorin Lugani, Sie haben vorhin schon zur Einwilligungsfähigkeit ausgeführt: Sie sehen das Problem, dass einwilligungsfähige Kinder allein gelassen werden. Die erste Frage ist: Inwieweit ist – ich glaube, darauf waren Sie noch nicht eingegangen – der Zeitpunkt, in dem Minderjährige als einwilligungsfähig angesehen werden bzw. als einwilligungsfähig gelten, im Rahmen des Gesetzentwurfes befriedigend gelöst? Zur zweiten Frage: Ich hatte von Ihnen noch keine Ausführung zum Zentralregister gehört. Könnten Sie darauf bitte eingehen?

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Brunner.

Abg. Dr. Karl-Heinz Brunner (SPD): Da darf ich gleich anknüpfen. Ich beziehe mich auf das Zentralregister, das angesprochen wurde. Meine Frage geht an Frau Professorin Richter-Unruh. Sie sind der Auffassung, dass es dieses Zentralregisters bedarf. Welche Datensätze wollen Sie dort gespeichert und registriert haben? Welchem Personenkreis sollte hinsichtlich welcher Datensätze der Zugriff erlaubt werden? Wir reden hier auf der einen Seite über das Selbstbestimmungsrecht des Menschen über seinen Körper, gleichzeitig müssen wir aber darauf achten, dass die Selbstbestimmung bezüglich der Datensätze geregelt wird.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank. Und als Letzte Frau Achelwilm.

Abg. Doris Achelwilm (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Frau Professorin Lugani zum Verhältnis von Eltern- und Kinderrechten. Wie beurteilen Sie die grundsätzliche Problematik, die auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme aufgeworfen hat, dass Sorgeberechtigte möglicherweise den Behandlungswunsch ihres Kindes umgehen oder eine Behandlung über die interdisziplinäre Kommission forcieren, die ihr Kind nicht möchte? Ich betrachte das Verhältnis von Eltern- und Kinderrechten von dieser Warte aus. Die Ambivalenz muss geklärt werden. Eine weitere Frage an Frau Professorin Schweizer: Sie



sprachen über die notwendige Sicherstellung der Kostendeckung. Wie ist diese zu gewährleisten? Danke.

Der stellvertretende Vorsitzende: Vielen Dank. Wir sind am Ende der zweiten Fragerunde. Mit den Antworten gehen wir alphabetisch vor. Herr Blankenstein hat hier keine Frage gestellt bekommen. Deshalb beginnen wir mit Frau Kittel mit der Antwort auf die Frage von Frau Rüthrich.

SVe Claudia Kittel: Ich meine, dass in der Begründung des Gesetzentwurfs ausgeführt war, dass vermeintliche spätere Folgen ausschlaggebend sein dürfen. Damit verbunden ist das familiengerichtliche Verfahren. Es bietet einen Absicherungsmoment. Aus dieser Perspektive ist es zu befürworten. Es stärkt Eltern und Kinder in ihrer Entscheidung, wenn ein geregeltes Verfahren durchgeführt wird, das eine Beratung und eine Sachverständigenäußerung von verschiedenen Disziplinen enthält. Die Position der Eltern, die im besten Interesse ihres Kindes handeln sollen, wird gestärkt. Wir haben einen ähnlichen familiengerichtlichen Vorbehalt erfreulicherweise seit 2017 bei der freiheitsentziehenden Unterbringung von Kindern. Dieses Mittel wurde gewählt, um die Eltern zu stärken. Sie wurden teilweise unter Druck gesetzt, damit Behandlungen überhaupt aufgegriffen werden konnten und haben so ihre Einwilligung etwas vorschnell erteilt. Mit genau so einer Stärkung der Position der Familie insgesamt ist das familiengerichtliche Verfahren hier verbunden. Danke.

Der stellvertretende Vorsitzende: Vielen Dank Frau Kittel. Als Nächste wäre Frau Klöppel mit den Antworten auf die Frage von Herrn Lehrieder und Herrn Brandenburg dran. Sie ist aber aus der Videokonferenz herausgefallen, weshalb wir Frau Lugani mit den Antworten auf die Fragen von Frau Keul, Herrn Brandenburg, zweimal Frau Helling-Plahr und einmal Frau Achelwilm vorziehen.

SVe Prof. Dr. Katharina Lugani: Vielen Dank. Frau Keul hat die Frage gestellt, ob das Familiengericht der richtige Ort ist, um zu regeln, was medizinisch indiziert ist und was nicht. Selbstverständlich soll das Familiengericht keine originär medizinischen Entscheidungen treffen. Ich denke, die Erfahrungen und Äußerungen der

letzten Jahre und Jahrzehnte haben gezeigt, dass eine gemeinsame Betrachtung und Entscheidung durch Familiengericht und Ärztinnen und Ärzte angezeigt ist.

Um etwas spezifischer auf Ihre Frage einzugehen: Frau Klöppel hat es in ihrer Stellungnahme besonders eindrücklich gezeigt und wird sicherlich gleich nochmal darauf eingehen. Das, was unschön ist, ist, dass § 1631e Absätze 1 und 2 BGB-E an das Tatbestandsmerkmal Varianten der Geschlechtsentwicklung angeknüpft und so das Eingreifen der Norm vollständig an den medizinischen Bereich abgetreten wird. Ich greife damit ein Stück weit die Frage von Herrn Brandenburg auf: Das Konzept des genitalverändernden Eingriffs würde keine solche Alleinentscheidungsbefugnis der Mediziner zur Folge haben. Natürlich ist Ihnen zuzustimmen, dass, wenn es dringende medizinische Maßnahmen gibt, die Ärztinnen und Ärzte schnell handeln können müssen. Das gewährleistet die Norm. Das bleibt unangetastet. Sie haben gefragt, ob es Alternativen zu § 1631e BGB-E gibt, wie einen anderen Regelungsstandort. Ich finde, § 1631e BGB-E ist ein sehr gelungener Standort. Womöglich sollte die Entscheidungsfindung der Ärztinnen und Ärzte und der anderen Mitglieder der interdisziplinären Kommission noch klarer ausgeleuchtet werden. Das hatte ich schon angedeutet. Es gibt dafür vielfältige Beispiele im Recht: Verschiedene Ethikkommissionen, die eingerichtet und für die Verfahrensordnung vorgesehen sind. Ich würde daher Regelungen vorschlagen, die das Verfahren der interdisziplinären Kommission betreffen.

Ich komme als nächstes zur Frage von Herrn Brandenburg, die den Anwendungsbereich der Norm betrifft. Das Konzept der Varianten der Geschlechtsentwicklung ist in mehrerlei Hinsicht problematisch. Erstens: Wir müssen die Frage, was eine Variante der Geschlechtsentwicklung ist, vollständig von den Medizinern beantworten lassen. Etwa bei Fehldiagnosen kommt es zum Nichteingreifen der Norm, so dass das Verfahren nicht ausgelöst wird. Bei einer Veränderung des Stands der Wissenschaft verändert sich der Anwendungsbereich der Regelung. Wünschenswert wäre ein sehr weiter Anwendungsbereich der Norm. Ich schließe mich den Forderungen



Ihrer Fraktion und anderer Fraktionen an, die sagen: "Es wäre besser, auf das Konzept des genitalverändernden Eingriffs abzustellen." Zwar entstünde dann ein weiter Anwendungsbereich, der aber gewährleisten würde, dass alle potenziell problematischen Eingriffe erfasst würden. Wenn wir im Laufe der Jahre durch die Evaluationen feststellen, dass wir zu stark die medizinische Praxis behindern, dann lässt sich das korrigieren. Es ist besser, wenn wir zu viel Genehmigungsverfahren durchlaufen als zu wenige.

Ich komme zu den Fragen von Frau Helling-Plahr. Ihre erste Frage bezog sich darauf, ob der Zeitpunkt, in dem der Minderjährige einwilligungsfähig wird, befriedigend gelöst ist. Wir hatten im Referentenentwurf bekanntlich eine fixe Altersgrenze von 14 Jahren. Diese fixe Altersgrenze wurde nach vielfältiger Kritik aufgegeben. Das ist gut und sinnvoll. Stattdessen tritt an die Stelle die einzelfallbezogene Prüfung der Einwilligungsfähigkeit, wie wir sie derzeit überall haben – bei allen Behandlungen an allen Kindern. Wir haben die Situation, dass die ÄrztInnen allein beurteilen müssen, ob das Kind einwilligungsfähig ist oder nicht. Für diese Beurteilung stehen ihnen nicht dieselben Erkenntnismöglichkeiten zur Verfügung wie einem Gericht: Sie können keine Zeugen hören, keine Beteiligten vernehmen und keine Urkundenvorlage anordnen. Natürlich haben sie in vielen Fällen wahrscheinlich deutlich weniger Zeit, um die Einwilligungsfähigkeit zu beurteilen. Ich denke, dass solche irreversiblen und mit so gravierenden Folgen verbundenen Eingriffe wie die vorliegenden das Grundproblem der Notwendigkeit der Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit durch den Arzt/die Ärztin besonders in den Fokus rücken. Das zeigt auch, wie unterschiedlich die Fachleute sich zu Fragen der Einwilligungsfähigkeit in Bezug auf die geschlechtsangleichenden Operationen geäußert haben. Die Meinungen gehen stark auseinander und es ist davon auszugehen, dass dasselbe sich auch in jedem Einzelfall abspielt. Die Lösung von einer fixen Altersgrenze ist gut, aber das völlige Alleinlassen des Arztes/der Ärztin mit dieser Entscheidung ist nicht gut. Deshalb plädiere ich für ein strukturiertes Verfahren zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit. Dazu wurden in der Literatur, bspw. in einer Dissertation von Helen Lindenberg im vergangenen Jahr, bereits

Vorschläge gemacht. Ein familiengerichtliches Verfahren, das eine normale Kindschaftssache sein sollte, kann vorgesehen werden. In besonders gravierenden Fällen kann das Familiengericht über die Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen entscheiden.

Ich komme zu der Frage nach dem Zentralregister, das der Bundesrat angeregt, die Bundesregierung abgelehnt hatte. Ich unterstütze die Forderung nach einem Zentralregister. Es sollte vorgesehen werden, dass die Behandelnden, die interdisziplinären Kommissionen und die Gerichte dazu verpflichtet sind, umfassend Fälle und Informationen weiterzuleiten. Das Register würde zum Einen dem Schutz der Interessen der Betroffenen dienen. Der Anspruch des Betroffenen allein auf Informationen über an ihm vorgenommene Behandlungen genügt nicht. Er muss praktikabel durchsetzbar sein. Wenn im Säuglings- oder Kleinkindalter Eingriffe vorgenommen wurden, hat der Betroffene keine hinreichende Erinnerung daran. Teilen ihm seine Eltern nicht mit, bei wem welche Behandlungen vorgenommen wurden, kann es je nach Fall nahezu aussichtslos sein, mehr über diese Vorgänge in Erfahrung zu bringen. Zweitens würde ein solches Zentralregister die sinnvolle Evaluation des Gesetzes unterstützen, die in kürzeren Abständen - wie viele Sachverständige gesagt haben – erfolgen sollte. Bei einer Evaluation wäre man in der Lage, Aussagen auf der Grundlage von Informationen über die in den letzten Jahren beantragten und erteilten Genehmigungen sowie durchgeführten Behandlungen etc. zu treffen.

Ich komme zur letzten Frage von Frau Achelwilm. Sie fragten, wie ich die Problematik beurteile, dass Sorgeberechtigte den Behandlungswunsch des Kindes übergehen oder eine Behandlung forcieren, die das Kind gar nicht wünscht. Bis zur Einwilligungsfähigkeit können sich die Eltern gegen einen Eingriff wenden. Das gilt unter zwei Einschränkungen: Wenn es medizinisch dringend indiziert ist, kann sich über den Wunsch des Kindes hinweggesetzt werden – ohne hier ins Detail gehen zu wollen. Zweitens: Wenn die Verweigerung der Einwilligung der Eltern einen Verstoß gegen die elterliche Sorge darstellt, kann diese Einwilligung nach den allgemeinen Regeln des § 1666 Absatz 3



Nummer 5 BGB ersetzt werden. Was kann getan werden, wenn Eltern eine Behandlung forcieren, die das Kind gar nicht wünscht? Wir befinden uns in der Situation, dass das Kind einwilligungsunfähig ist – vielleicht kurz unterhalb der Grenze der Einwilligungsfähigkeit – und es sträubt sich gegen eine Behandlung, die die Eltern nach § 1631e Absatz 2 BGB-E anstreben. Zum einen wird in der interdisziplinären Kommission danach gefragt, ob das Kind angehört wurde und was das Kind dazu gesagt hat. Ich möchte davon ausgehen, dass ein Veto des fast einwilligungsfähigen Kindes erhebliches Gewicht bei der Entscheidungsfindung der Kommission und des Gerichts hat. Zweitens nehme ich an, dass die Rechtsprechung zum Vetorecht des noch nicht einwilligungsfähigen Kindes, die allgemein im Arzthaftungsrecht gilt, auch hier weiterhin Anwendung beanspruchen kann.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Frau Lugani, vielen Dank. Als Nächste Frau Plett mit den Antworten auf die Fragen von Frau Keul und Herrn Lehmann.

SVe Prof. Dr. Konstanze Plett: Vielen Dank. Ich fange mit der Antwort auf die Frage von Herrn Lehmann an, weil das rascher zu beantworten ist. Die Frage war, ob § 1631e BGB-E in seiner jetzigen Fassung nur einen Bruchteil der Kinder schützt. Die Antwort ist ein klares Nein. Es ist kein Umkehrschluss in dieser Sache erlaubt: Weil es eine Ausnahmeregelung für einen Teil gibt, gilt das, was vorher galt und darüber hinaus gilt, nicht mehr. Es ist gerade anders herum. Die allgemeinen Grundsätze und Regelungen und das Bürgerliche Recht - Schuldrecht mit dem Unterfall Medizinrecht – gelten weiterhin. Das Problem ist, dass es zu der Frage, inwieweit medizinische Eingriffe im Genitalbereich von Kleinst- und Kleinkindern rechtlich zulässig sind oder nicht, so gut wie keine Rechtsprechung gibt. Aber das macht es nicht erlaubt, sondern das zeigt nur die gesellschaftliche, sozialpsychologische und rechtliche Problematik. Die Überprüfung solcher Fälle setzt voraus, dass ein Gerichtsverfahren in Gang gesetzt wird. Strafanzeigen von Zwanzigjährigen, die als Zweijährige operiert wurden, sind überflüssig, weil Verjährung eingetreten ist. Schadensersatzprozesse – wir hatten einen vor zehn Jahren, den ich in einer Fußnote in meiner schriftlichen

Stellungnahme erwähnt habe – sind von vielen Zufällen abhängig. Dass wir keine Gerichtsentscheidung zu einem Lebenssachverhalt und einer Rechtsfrage haben, heißt nicht, dass alles gelöst ist und kein Problem besteht, sondern zeigt die Problematik der Rechtsdurchsetzung. Weiterhin sind alle Kinder vor solchen Eingriffen geschützt. Frau Lugani hat dankenswerterweise dazu das Stichwort irreversible Eingriffe genannt. Diese betreffen die grundrechtlich geschützte Entwicklung der geschlechtlichen Identität, die dadurch verhindert oder angegriffen wird.

Damit komme ich zu der Frage von Frau Keul. Ist eine andere Regelung als im Familienrecht des BGB möglich? Jein. Es ist wünschenswert, und das zeigt die Diskussion der letzten Jahre: Alle möchten einen klaren Katalog – das ist erlaubt, das ist verboten. Die Diskussion des heutigen Vormittags hat gezeigt: Es gibt Grenzfälle. Nicht alle sich künftig ereignenden Fälle lassen sich klar benennen. Nur als Beispiel: Das eine Kind ist für diese Frage im Alter von sieben Jahren einwilligungsfähig, das andere erst mit 17. Eine Regelung in Richtlinien kann angedacht werden, aber medizinische Einsichten ändern sich und sind nicht zementiert. Daher ist es gut, das gesetzlich zu regeln. Das Familienrecht halte ich deshalb für einen geeigneten Ort, weil - das kommt meines Erachtens zu wenig zum Ausdruck – es nicht um ein Dreieck zwischen Ärzten, Eltern und Gericht, sondern um ein Dreieck zwischen Ärzten, Eltern und Kind geht. Weil Säuglinge so abhängig von ihren Eltern sind, werden sie immer als eine Einheit gedacht. Dadurch geht das Kind in den Eltern auf, was aber gerade nicht der Fall ist. Bei der Einschätzung, was die geschlechtliche Identität des Kindes später ausmachen wird, sind gegenläufige Interessen und Konflikte zwischen Eltern und Kind gleichsam normal, wenn auch nicht unbedingt vorprogrammiert. Das Recht muss bei der Lösung von Interessenkonflikten eingreifen und Hilfestellung geben. Das Eltern-Kind-Verhältnis ist im Familienrecht geregelt. Deshalb sind die §§ 1631 ff. BGB der richtige Regelungsort. Danke.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Plett. Als Nächste Frau Pühler mit der Antwort auf die Frage von Herrn Lehrieder.

SVe **Dr. Wiebke Pühler**: Herr Lehrieder, vielen Dank für die Frage nach der Behandlungsstrategie



und deren Veränderung. Es ist heute mehrfach angesprochen worden, dass in den letzten Jahrzehnten ein eher paternalistischer Behandlungsansatz im Sinne der Optimal-Gender-Policy verfolgt worden ist. Das ist sehr wichtig zu unterstreichen, weil ich an vielen Stellen heute das Gefühl hatte, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf versucht wird, genau auf diese mittlerweile verlassene Behandlungsart abzustellen und davor zu schützen. Festgestellt werden muss aber: Die Optimal-Gender-Policy ist heute nicht mehr Stand der Wissenschaft. Heute hat sich eine Abkehr von der frühzeitigen binären Zuordnung vollzogen. Das zeigt die Stellungnahme des Ethikrates, die versucht, diesen Ansatz in der Gesellschaft zu verankern. In der medizinischen Landschaft sind es unsere Bundesärztekammer-Stellungnahme und die angesprochene Leitlinie der AWMF. Ich möchte nach den Ausführungen von Professorin Plett klar sagen: Die Wandlungen im Stand der medizinischen Wissenschaft betreffen genauso das Recht. Gesellschaftliche Wandlungen müssen im Recht nachvollzogen werden. Bei dieser speziellen medizinisch-wissenschaftlichen und sehr individuellen Thematik erscheint fraglich, ob eine rechtliche Regelung etwas Absolutes festschreiben kann. Mich hat vorhin in der Diskussion die Parallelisierung zwischen dem heute diskutierten Gesetzgebungsverfahren und dem Gesetzgebungsverfahren wegen sexualisierte Gewalt erschreckt. Das sind zwei Verfahren, die komplett unterschiedliche Regelungsinhalte zum Gegenstand haben. Wir sprechen hier über Kinder, die entsprechend einer ärztlichen Indikationsstellung behandelt werden. Es ist mitnichten so, Frau Lugani, dass die Ärzte alleingelassen werden, wenn ihnen kein Familiengericht an die Seite gestellt wird. Das ist der große Vorteil einer interdisziplinären Meinungsbildung in einer Kommission: Ärzte verschiedener Fachdisziplinen versuchen, gemeinsam mit Angehörigen anderer Berufsgruppen – Psychotherapeuten, Ethikern, Sozialarbeitern – einem dem Kindeswohl am nahesten kommenden Behandlungsansatz zu finden. Das beschriebene Dreieck zwischen Eltern, Kind und Ärzten ist in der Pädiatrie bei jeder Behandlungssituation das Feld, in dem wir uns als Ärzte bewegen. Auch hier ist auf der einen Seite die Einwilligung des Kindes oder

stellvertretend seiner Eltern ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung. Auf der anderen Seite steht die ärztliche Indikationsstellung, die sich auf den Stand der medizinischen Wissenschaft stützt. Der Stand der medizinischen Wissenschaft legt im Moment sehr klar fest, dass Kinder nicht mehr frühzeitig den binären Geschlechtern zugeordnet werden sollen. Verfolgt wird gemeinsam mit der Familie eine Behandlungsstrategie, die sich am Kindeswohl orientiert und - sofern dies medizinisch vertretbar ist - eine Behandlung erst beim einwilligungsfähigen Jugendlichen vorsieht. Damit wird den Kindern zugestanden, möglichst selbstbestimmt entscheiden zu können, welchem Behandlungsziel gefolgt wird. Das ist ein Ansatz, der in der Praxis mittlerweile angekommen ist. Unglücklich ist, dass wir im Moment noch keine Daten und keine Auswertung zu der Frage haben, was dieser relativ neue Behandlungsansatz für die Betroffenen in der Retrospektive bedeutet. Wir plädieren deswegen dafür, erst einmal zu evaluieren, was der Behandlungsansatz für die Betroffenen als Ergebnis mit sich bringt, insbesondere mit Blick darauf, wie sich die Zufriedenheit der Betroffenen darstellt. Auf dieser Basis können mit Blick auf die Versorgungsqualität und die Patientenzufriedenheit Rückschlüsse darauf gezogen werden, was der beste Weg ist, und ob und gegebenenfalls in welchem Rahmen überhaupt rechtliche Regelungen notwendig sind. Vielen Dank.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Pühler. Als Nächste Frau Richter-Unruh mit den Antworten auf die Fragen von Frau Rüthrich und Herrn Brunner.

SVe Prof. Dr. Annette Richter-Unruh: Die erste Frage war: Besteht eine Notwendigkeit aufgrund der Vermutung eines Tumors, eine Behandlung zu beginnen oder eine Operation durchzuführen? Nein, das ist nicht der Fall. Ich möchte Frau Pühler unterstützen. Ich arbeite seit über 20 Jahren sozusagen an der Front und es hat sich viel geändert. Wenn Eltern mit einem Kind mit uneindeutigem Genital kommen und fragen: "Ist es ein Junge oder ein Mädchen?", versuche ich ihnen ganz ruhig klarzumachen, dass es egal ist, weil es wunderbar ist, dass sie ein Kind haben und das Geschlecht unwichtig ist. Wir leben aber in einer binären Gesellschaft. Wir besprechen, ob



die Eltern damit zurechtkommen, keinen Geschlechtseintrag zu machen. Oder soll vielleicht doch ein Geschlecht zugewiesen werden – wohlwissend, dass das gar nicht das passende Geschlecht für das Kind ist und es das später selber entscheiden muss? Es ist wichtig, dass die Eltern dieses Kind liebevoll erziehen und mitnehmen: Es ist unwichtig, wie die Genitale aussehen, weil das nicht den Kern der Persönlichkeit und der Geschlechtsidentität betrifft. In den letzten Jahren hatte ich auch die ersten Kinder, die wirklich bis in die Pubertät nicht operiert worden sind und die das ganz frei selbst entschieden haben. Ich berate so auch und so sind die Psychologen mit dabei. Zur Angst vor Tumoren in den Gonaden: Gonadoblastome sind die häufigsten Tumore. Sie kommen erst später oder im mittleren Lebensalter vor. Wir kontrollieren mit Ultraschall oder der Magnetresonanztherapie regelmäßig, damit sich dort kein Tumor bildet und wir die Eltern beruhigen können. Das Andere ist die Bedeutung des Registers. Das ist, finde ich, elementar: Zum einen um die Fragen, die Frau Lugani auch schon aufgebracht hat, zu klären und selber zu evaluieren, was wir da tun. Zum anderen brauchen wir es, um überhaupt einmal Zahlen und Inzidenzen zu haben: Wie viele Kinder gibt es mit einer DSD? Wie fallen die Kinder auf? Wann fallen die Kinder auf? Welche Diagnosen werden gestellt? Welche Behandlungen werden gemacht? Und dann die Retrospektive: Mit pseudoanonymisierten Daten werden Auswertungen gemacht. Wie ist die Lebensqualität? Wie ist die Zufriedenheit? Haben wir alles gut gemacht? Wir müssen als Ärzte immer hinterfragen: Ist das, was ich jetzt mit den Kindern tue, das, womit sie dann in 20 Jahren zufrieden sind? Bei mir ist es so: Ich bestelle alle Familien mit DSD ein und bitte sie, im Monat des Geburtstages zu kommen – egal wie alt sie sind. Deshalb habe ich auch schon 25- und 30-jährige Patienten, die ich fragen kann: "Was waren die Probleme? Was haben wir gut gemacht? Was kann man machen, damit die Versorgung besser wird?" Also, wie gesagt: Register für die Inzidenzen, Evaluationen und die Güte der Behandlung.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Das ist klargestellt. Vielen Dank Frau Richter-Unruh. Und als Letzte Frau Schweizer mit der Antwort auf die Frage von Frau Achelwilm. SVe Prof. Dr. Katinka Schweizer: Danke für die Frage zur Kostendeckung der unabhängigen Beratung. Die ist auf jeden Fall sicherzustellen. Es bedarf einer Kostendeckung nicht nur innerhalb der Kliniken in den Kompetenzzentren, sondern auch außerhalb. Wir haben inzwischen qualifizierte approbierte Psychotherapeuten mit sexualtherapeutischer Qualifikation, die psychosozialen Beratungsstellen werden qualifiziert und es gibt Curricula, die Peer-Beratung und selbsthilfegeführte Beratung. Die große Beratungsstudie, die wir 2015 im Rahmen der Interministeriellen Arbeitsgruppe (IMAG) "Trans- und Intersexualität" durchgeführt haben, hat den eklatanten Mangel gezeigt. Da gibt es etliche Vorschläge zur besseren Strukturierung und zur Bündelung der Strukturen. Eine Möglichkeit, woher Geld kommen kann, ist, dass die Krankenkassenfinanzierung umverteilt werden kann, wenn mit weniger unnötigen medizinischen Eingriffen zu rechnen ist. Abschließend komme ich noch zu dem, was Herr Dr. Blankenstein vorhin so anschaulich geschildert hat. Das zeigt, dass wir uns auf verschiedenen Ebenen bewegen. Wir haben den Paradigmenwechsel in der Wissenschaft und selbstverständlich in den Universitätskliniken. Gleichzeitig haben wir eben dieses Denken: "Wie sage ich es der Oma?" Deshalb ist die verbindliche und unabhängige Beratung außerhalb der Kliniken dringend notwendig und muss sichergestellt und finanziert werden. Man kann über Modellprojekte nachdenken. Doch wir sind eigentlich schon einen Schritt weiter: Bundesweit braucht es unabhängige qualifizierte Beratungsstrukturen und nicht nur an wenigen Zentren. Danke.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Schweizer. Vorher hatten wir Frau Klöppel übergangen. Sie haben noch zwei Antworten offen und jetzt das Wort.

SVe **Dr. Ulrike Klöppel**: Ich möchte noch einmal aus meiner Perspektive als Beirat der Internationalen Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen hinzusteuern, wie der Wandel in den letzten Jahren aus der Perspektive der Community und der daran angeschlossenen Beratungsstellen aussieht. Leider ist nach wie vor viel zu wenig geschehen, obwohl wir seit 2006 Leitlinienveränderungen haben, die für ein restriktiveres



Vorgehen sprechen. Dennoch ist nicht genügend passiert. Dabei ist gleichzeitig in den Communitys ein kritisches Bewusstsein gewachsen, womit sich auch die kritischen Blicke auf die Behandlungen in der frühen Kindheit, in die nicht höchstpersönlich eingewilligt worden ist, mehren. Dadurch, dass die Betroffenen sich mit der Community austauschen können, wird ihnen nach und nach klar, in welchem Ausmaß sie auch traumatisiert sind. Ich möchte auf die Frage von Herrn Brandenburg eingehen, kann das aber abkürzen, da das Frau Lugani und andere ebenfalls betont haben. Natürlich wäre es viel besser, einen Gesetzentwurf zu haben, der auf die genitalverändernden Eingriffe abstellt, anstatt auf eine bestimmte Auswahl von Diagnosen, die unter den Begriff der Varianten der Geschlechtsentwicklung gefasst werden. Ich hatte in meiner schriftlichen Stellungnahme weit ausgeführt, warum das eine zu große Beschränkung ist. Aus der Community gibt es immer mehr Stimmen von Menschen mit Diagnosen, die nicht unter die Varianten der Geschlechtsentwicklung fallen, sich aber sehr kritisch zu den Eingriffen äußern z. B. bei Hypospadien und den damit verbundenen sehr traumatisierenden Behandlungen. Abschließend möchte ich auf die psychische Gesundheitsgefahr als eine mögliche Indikation hinweisen. Es gibt viel zu wenig Kontrolle, um diese psychische Gesundheitsgefahr einzuschränken. Es darf zwar nicht passieren, dass nur eine vermutete psychische Gesundheitsgefahr vorliegt. Um das klarzustellen, ist es erforderlich,

dass bei einer Prüfung durch die interdisziplinäre Kommission darauf eingegangen wird, ob Psychotherapien in Anspruch genommen worden sind, ob eine Familientherapie durchgeführt wurde und ob ein Austausch mit Selbsthilfegruppen stattgefunden hat. Ohne dies darf eine Stellungnahme nicht befürwortend sein. Vielen Dank.

Der **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Frau Klöppel. Damit sind wir am Ende der zweiten Antwortrunde und unserer heutigen Anhörung. Weitere Fragen sehe ich nicht. Danke erst einmal Ihnen, den Sachverständigen, für den Input. Danke der Bundesregierung, die heute per Webex zugeschaltet ist und von der der Gesetzentwurf stammt, fürs Zuhören. Wir alle werden das abwägen, gewichten und verarbeiten. Wir hatten eine Anhörung, die so wie selten ein kooperatives Bild gezeigt hat. Das wird in den entsprechenden Gesprächen weiter eine Rolle spielen. Es gab hier in keiner Weise eine Konfliktlage, sondern einen großen Konsens, ein Problem für die Menschen zu lösen, von denen Sie, Frau Schweizer gesagt haben: "Jeder Mensch ist anders." Das fand ich ganz wichtig und dem wollen wir Rechnung tragen. In diesem Sinne: Herzlichen Dank fürs Dabeisein, herzlichen Dank Ihnen für die Mitarbeit. Ich schließe die Sitzung. wünsche alles Gute und bleiben Sie gesund.

Schluss der Sitzung: 13:04 Uhr

Dr. Heribert Hirte, MdB Stellvertretender Vorsitzender



Anlagen:

Stellungnahmen der Sachverständigen

Dr. med. Oliver Blankenstein	Seite 32
Claudia Kittel	Seite 37
Dr. Ulrike Klöppel	Seite 47
Prof. Dr. Katharina Lugani	Seite 59
Prof. i.R. Dr. Konstanze Plett	Seite 86
Dr. med. Wiebke Pühler	Seite 101
Prof. Dr. Katinka Schweizer	Seite 108



CharitéCentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik

Charité | Campus Virchow-Klinikum | 13344 Berlin

Bundesärztekammer Herbert-Levin-Platz 1 10623 Berlin

Institut für Experimentelle Pädiatrische Endokrinologie

Leiter: Prof. Dr. Heiko Krude heiko.krude@charite.de

Pädiatrisch-Endokrinologisches Forschungslabor Prof. Dr. rer. nat. Heike Biebermann heike.biebermann@charite.de

Neugeborenen-Screeninglabor Berlin-Brandenburg

Leiter: Dr. Oliver Blankenstein oliver.blankenstein@charite.de

Berlin, den 12.01.2021

Stellungnahme - Dr. Blankenstein / AGS Eltern- und Patienteninitiative e.V.

Durch den Regierungsentwurf wird versucht, das Selbstbestimmungsrecht von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung zu schützen. Dieses Anliegen ist generell zu befürworten. Im Falle der zahlenmäßig größten, von der Regelung erfassten Gruppe, nämlich den Patientinnen mit adrenogenitalem Syndrom (AGS), schießt die Regelung jedoch über das Ziel hinaus und schadet mehr, als sie nutzt.

Das adrenogenitale Syndrom (AGS) ist eine angeborene genetische Stoffwechselkrankheit mit einer Störung der Stresshormonbildung (Cortisol) in der Nebennierenrinde. Die Menschen mit AGS sind auf eine lebenslange Hormonersatztherapie angewiesen. Bei dieser Erkrankung kommt es durch einen genetischen Defekt eines einzelnen Schrittes der Hormonbildung zum Aufstau sonst nur in niedrigen Konzentrationen vorhandener Hormonvorstufen, die durch den Defekt nicht regulär abgebaut werden können. Diese massiv erhöhten Vorstufenprodukte werden durch das Konzentrationsgefälle dann in anderen Umbauprozessen verarbeitet, die im gesunden Stoffwechsel keine Rolle spielen. An Stelle des dringend benötigten "Cortisol" Nebenniere Stresshormons produziert die dann männliche Geschlechtshormone, unabhängig von der bei dieser Erkrankung nicht beeinträchtigten Steuerung der Geschlechtsentwicklung und unabhängig davon ob das ungeborene Kind einen männlichen oder weiblichen Chromosomensatz hat.

Während bei den Feten (ungeborenen Kindern) mit männlichen Chromosomensatz hierbei keinerlei Fehlbildungen entstehen, kommt es bei den genetisch weiblichen Feten zu Veränderungen alleine der äußeren Geschlechtsmerkmale. Während nämlich die Entwicklung aller inneren Geschlechtsorgane alleine durch Geneinflüsse gesteuert wird (und bei weiblichen Feten mit AGS auch normal ausgebildet werden), ist die Entwicklung der äußeren Geschlechtsmerkmale alleine von der Anwesenheit und Konzentration männlicher Hormone abhängig: Ist kein oder wenig männliches Hormon vorhanden, werden eher weibliche Geschlechtsmerkmale ausgebildet. Je nach dem Grad der männlichen Hormonwirkung kann es bei den genetisch weiblichen Feten zur Ausprägung von (rein) äußeren männlichen Geschlechtsmerkmalen kommen. Der Grad dieser Veränderungen reicht dabei von einer Vergrößerung der Klitoris bis dahin, dass die Schamlippen zusammenwachsen, äußerlich wie ein Hodensack erscheinen und die Harnröhre bis an die Spitze der penisartig veränderten Klitoris geführt ist. In dieser Ausprägung erscheint das Geschlecht dann äußerlich männlich.

Diese Veränderungen sind kontinuierlich, werden aber nach Stadien der Veränderung grob in 5 Stufen (sogenannte Prader-Stadien I bis V) eingeteilt. Dabei liegt beim Prader Stadium I eine leichte Klitorisvergrößerung vor, beim Stadium V eine äußerlich männlich erscheinendes Genitale.

Ab dem Stadium III ist der untere Teil der Vagina mit der Harnröhre in einem *Sinus urogenitalis* verschmolzen. Dadurch wird von Geburt an der Urin in die Scheide entleert. Diese Störung des Harnabflusses kann zu gesundheitlichen Gefahren, zu rezidivierenden Harnwegsinfektionen mit langfristigen irreversiblen Folgen für Nieren, ableitenden Harnwegen und Genitalorganen führen. Es liegt also bei den schwerer betroffenen Patientinnen eine medizinisch relevante Fehlbildung der Harnableitung vor, die nur operativ zu beheben ist.

Mit einer frühzeitigen Operation des Sinus urogenitalis wird das fehlgebildete Genitale wieder in seiner Anatomie hergestellt. Mit der Trennung von Vagina und Harnröhre wird zudem die Gefahr rezidivierender Harnwegsinfektionen mit langfristigen irreversiblen Folgen für Nieren, ableitenden Harnwegen und Genitalorganen vermindert. Diese Operation ist keine kosmetische Operation, sondern hat aus den o.g. Gründen eine medizinische Indikation. Aus diesem Grund sind Mädchen mit schwereren Formen eines

AGS auf die Möglichkeit dieser Operation angewiesen. Das erkennt auch die Begründung des Gesetzesentwurfes ausdrücklich an¹ und diese Möglichkeit muss erhalten bleiben.

Bei den von AGS betroffenen Mädchen sind damit sowohl das chromosomale Geschlecht (46,XX), das gonadale Geschlecht mit funktionsfähigen weiblichen Keimdrüsen (Eierstöcken), als auch das gonoduktale Geschlecht mit erhaltenen und funktionsfähigen inneren Genitalorganen (Gebärmutter, Eileiter) "eindeutig weiblich"². Nur das Erscheinungsbild des äußeren Genitales, deren Ausbildung von der hormonellen Steuerung abhängt, weist durch die aufgrund der Grundkrankheit erhöhten Testosteronwerte während der Genitalentwicklung in der Frühschwangerschaft Abweichungen in Richtung einer Vermännlichung auf.

Patienten und Patientinnen mit AGS haben eine normale Fertilität/Fruchtbarkeit. Die Pubertätsentwicklung der genetisch weiblichen Betroffenen verläuft normal mit Brustentwicklung, Wachstum von Gebärmutter und Eierstöcken und einsetzender Menstruation. Nach einer aktuellen großen europäischen Studie fand nur bei 0,5% weiblicher Betroffener mit AGS (1 von 221 Fällen, 0,5%) ein durch die Patientin initiierter Geschlechterwechsel nach der Pubertät von weiblich zu männlich statt. Die Häufigkeit stimmt mit der Häufigkeit von Geschlechtsdysphorien oder geschlechtsinkongruenten Personen in der Allgemeinbevölkerung überein, die mit 0,2-0,7 % angegeben wird.³ Eine erhöhte Rate an Geschlechtsinkongruenz bei weiblichen Betroffenen mit AGS liegt daher im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nicht vor.

Obwohl also AGS anders ist als andere DSD ("Disorder of Sex Development") Formen wird es medizinisch in der S2k-Leitlinie als "Variante der Geschlechtsentwicklung" eingeordnet. Da in dem Gesetz alle "Varianten der Geschlechtsentwicklung" gleich geregelt werden, wird so auch für Kinder mit AGS den Eltern die Personensorge für Behandlungen, die zu einer "Geschlechtsangleichung" führen "können", entzogen. Dass dies nicht passt, wird offenbar auch in der Begründung des Gesetzentwurfes gesehen,

¹ Bundestagsdrucksache 566/20, S. 28

² So z.B. der Deutsche Ethikrat "Intersexualität", Stellungnahme vom 23.2.2012, Bundestagsdrucksache 17/9088 S.4

³ Kreukels BPC, et al. Gender Dysphoria and Gender Change in Disorders of Sex Development/Intersex Conditions: Results From the dsd-LIFE Study. J Sex Med. 2018;15(5):777-785

aber hingenommen "solange sich die medizinische Einordnung nicht dahingehend ändert, dass AGS von der genannten Leitlinie nicht mehr erfasst würde."⁴

Wenn die gesetzlichen Anforderungen bis hin zu einem faktischen Behandlungsverbot angehoben drohen erhebliche Schäden für werden. Kindesgesundheit. Eltern und Arzte für das Kind die Möglichkeit zur Operation zu nehmen oder im Übermaß zu erschweren gefährdet das Kindeswohl. Das wäre zum einen ein unverhältnismäßiger Eingriff in die ärztliche Berufsausübungsfreiheit gem. Art. 12 GG. Zum anderen würde das Sorgerecht der Eltern gem. Art. 6 GG unverhältnismäßig beschränkt. Eine verweigerte Operation des "Sinus urogenitalis", weil dies abstrakt zu einer "Geschlechtsangleichung" führen "könnte", kann aus Sicht der Eltern eine durch staatliches Verbot erzwungene Form der unterlassenen Hilfeleistung darstellen. Der daraus resultierende Gewissenskonflikt kann in vielen Fällen bis zum Wunsch nach einer Abtreibung führen und Frauen mit AGS von einer Schwangerschaft abhalten. In Frankreich hat man sich jüngst gegen ein Verbot und richtigerweise nur für eine Behandlungspflicht in multidisziplinären Referenzzentren entschieden⁵. Die Rolle des Staates nämlich muss sich im Rahmen des Art. 6 II GG auf eine möglichst eng zu begrenzende "Wächterfunktion" begrenzen.

In dem besonders gelagerten Fall von AGS sollte deswegen ein Ausnahmetatbestand im Gesetz formuliert werden. Dass AGS hier anders behandelt werden sollte, hat schon der Deutsche Ethikrat nach ausführlicher wissenschaftlicher Begutachtung empfohlen⁶ und auch die medizinischen Sk2 Leitlinie zu den Varianten der Geschlechtsentwicklung (2016)⁷. Im Fall von AGS nur wegen der gesetzgeberischen Unsicherheit im Umgang mit unscharfen Definitionen die größte Gruppe der Patientinnen und deren Eltern und den Behandelnden mit bürokratischen und belastenden Anforderungen an ein familiengerichtliches Genehmigungsverfahren zu überziehen, geht zu weit.

_

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

⁴ Bundestagsdrucksache 566/20, S. 23

⁵ Bundestagsdrucksache 566/20, S. 15

⁶ Deutscher Ethikrat "Intersexualität", Stellungnahme vom 23.2.2012, S. 174

⁷ Leitlinie zu den Varianten der Geschlechtsentwicklung, Empfehlung 31,

Falls aber doch der Weg über eine Einzelfallentscheidung mit interdisziplinärer Kommission gewählt wird, sollte zusätzlich medizin-ethischer Sachverstand ebenso vertreten sein wie eine Patientenvertreterin mit identischer (z.B. AGS) Diagnose. Deren Beteiligung ist erforderlich, um sich mit Betroffenen auszutauschen und deren bereits gesammelten Erfahrungen mit einfließen zu lassen und zu berücksichtigen. Die oben dargestellten Besonderheiten des Krankheitsbildes erläutern klar, warum diese besondere Sichtweise und Problematik von Patientenvertreterinnen mit anderen DSD-Diagnosen nicht adäquat vertreten werden kann. Demgegenüber erscheint die Einbindung sozialpädagogischer Expertise nicht unbedingt notwendig. Das beschleunigte, schriftliche Verfahren bliebe aber in jedem Fall zur Vermeidung noch weiterer Härten für die Betroffenen essentiell.

Dr. Oliver Blankenstein



Monitoring-Stelle UN-Kinderrechtskonvention

Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung

Öffentliche Anhörung des Bundestagsausschusses für Recht und Verbraucherschutz 13. Januar 2021

Januar 2021

Inhalt

vorbe	emerkung	3
1	Zu den Regelungen in Artikel 1 und dem neue eingeführten § 1631e BGE	3 4
1.1	Verbotene Eingriffe (§ 1631e Absatz 1 GE)	4
1.2	Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Kindern (§ 1631e Absatz 2 GE)	5
1.3	Familiengerichtliche Genehmigung (§ 1631e Absatz 3 GE)	5
1.4	Kindeswohlermittlung mittels einer interdisziplinären Kommission (§ 1631e Absatz 3 und 4 GE)	5
1.5	Inhalt der Stellungnahme der interdisziplinären Kommission (§ 1631e Absatz 5 GE)	6
1.6	Aufbewahrungspflicht für Patient_innenakten (§ 1631e Absatz 6 GE)	7
2	Zu den Regelungen in Artikel 3 und 5 und den Änderungen des FamFG	8
2.1	Vereinfachtes Verfahren (Artikel 3 §167b Absatz 1 GE)	9
2.2	Reguläres Verfahren und Beratung (Artikel 3 §167b Absatz 2 GE)	9
3	Zu den Regelungen in Artikel 6 zur Evaluierung des Gesetzes	10

Vorbemerkung

Die Monitoring-Stelle begleitet seit ihrer Einrichtung Mitte 2015 die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) in Deutschland. Sie folgt dabei dem Mandat, die Rechte von Kindern im Sinne der UN-KRK zu fördern und zu schützen sowie die Umsetzung der Konvention in Deutschland durch sämtliche staatliche Stellen kritisch zu überwachen und zu bewerten. Als Teil des Deutschen Instituts für Menschenrechte e.V. (DIMR) hat die Monitoring-Stelle Teil an der durch das DIMR-Gesetz garantierten Unabhängigkeit des Instituts.

Der vorliegende Gesetzentwurf verfolgt das Ziel, entsprechend den Verabredungen im Koalitionsvertrag ein Verbot zielgerichteter geschlechtsangleichender Behandlungen von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung zu regeln. Er stellt dabei den Schutz des Kindes auf geschlechtliche Selbstbestimmung in den Mittelpunkt und regelt, dass Eltern "[...] nur dann in einen operativen Eingriff an den inneren oder äußeren Geschlechtsmerkmalen ihres Kindes, der eine Angleichung des körperlichen Erscheinungsbildes des Kindes an das des männlichen oder weiblichen Geschlechts zur Folge haben könnte, einwilligen können, wenn der Eingriff nicht bis zu einer späteren selbstbestimmten Entscheidung des Kindes aufgeschoben werden kann."1

Die Monitoring-Stelle UN-Kinderrechtskonvention des Deutschen Instituts für Menschenrechte begrüßt die Ziele des Gesetzentwurfes ausdrücklich und würdigt an dieser Stelle die aus kinderrechtlicher Perspektive positiven Veränderungen, die der Gesetzentwurf seit Vorlage des Referentenentwurfes vom Februar 2020 durchlaufen hat.² Dennoch besteht aus Sicht der Monitoring-Stelle UN-Kinderrechtskonvention hinsichtlich einiger, weniger Aspekte Nachbesserungsbedarf, die im Folgenden ausgeführt werden.

Grundsätzlich vorangestellt werden muss an dieser Stelle, dass vor dem Hintergrund des im Gesetzentwurf besonders betonten Schutz des Rechts auf geschlechtliche Selbstbestimmung des Kindes, die fehlende Begleitung und Unterstützung bei einwilligungsfähigen Kindern im Falle einer selbstbestimmten Entscheidung ins Auge fällt.³ Die UN-Kinderrechtskonvention mit ihren Grundprinzipien⁴ ist geprägt von dem Ansatz, Kinder bei allen sie betreffenden Angelegenheiten als handelnde Akteur_innen und damit als Träger_innen von Rechten zu stärken. Die UN-Kinderrechtskonvention lässt dabei jedoch nicht die besondere Schutzbedürftigkeit von Kindern aufgrund eben ihres Kindseins außer Acht. Im Gegenteil, sie betont, dass es zu den Pflichten der Vertragsstaaten gehört, eben jenen besonderen Schutz für alle Kinder zu gewährleisten – gemäß Artikel 2 Absatz 1 UN-Kinderrechtskonvention unabhängig "[...] vom Status des Kindes, seiner Eltern oder seines Vormundes." Es wäre daher aus einer kinderrechtlichen Perspektive geboten, allen Kindern – ganz

Gesetzentwurf der Bundesregierung "Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung", B. Lösungen, S. 1, Bundestagsdrucksache 19/24686.

² Siehe dazu auch Stellungnahme des Deutschen Instituts für Menschenrechte zum Referentenentwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern vor geschlechtsverändernden operativen Eingriffen aus Februar 2020: https://www.institut-fuer-

menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Stellungnahme_Referentenentwurf_OP-Verbot.pdf.

Ein Punkt der auch von der internationalen Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen (OII Germany e.V.) sowie dem Bundesverband Intersexuelle Menschen e.V. in ihren Stellungnahmen zum Gesetzentwurf kritisiert wurde.

⁴ Als Grundprinzipien der UN-Kinderrechtskonvention sind die Vorgaben aus Art. 2 mit dem Recht des Kindes auf Nicht-Diskriminierung, Art. 3 Abs. 1 mit dem Vorrang des Kindeswohls (best interests of the child), Art. 6 mit dem Recht auf Leben und Entwicklung sowie Art. 12 mit dem Recht des Kindes auf Gehör und Berücksichtigung seiner Meinung (Beteiligung) benannt.

gleich ob einwilligungsfähig oder noch nicht einwilligungsfähig – im Sinne der Wahrung des Kindeswohls (best interests of the child, gemäß Artikel 3 Absatz 1 UN-KRK) Beratung und Unterstützung zugänglich zu machen und eine umfassende Information aller betroffenen Kinder zu gewährleisten. Die Tatsache, dass in diesem Zusammenhang die Einstufung eines Kindes als einwilligungsfähig oder nicht einwilligungsfähig allein den behandelnden Ärzt_innen zugemutet wird, ist daher aus einer kinderrechtlichen Perspektive höchst bedenklich. Auch hier sollten Minimalanforderungen an eine solche Einstufung – ähnlich wie sie mittels der interdisziplinären Kommission und den Anforderungen an deren Stellungnahme hinsichtlich der Bestimmung und Ermittlung des Kindeswohls im vorliegenden Gesetzentwurf entwickelt wurden – zum Schutze der höchstpersönlichen Rechte der betroffenen Kinder festgelegt werden.

1 Zu den Regelungen in Artikel 1 und dem neue eingeführten § 1631e BGB

1.1 Verbotene Eingriffe (§ 1631e Absatz 1 GE)

Die Monitoring-Stelle UN-Kinderrechtskonvention begrüßt die Lösung einer klarstellenden Regelung hinsichtlich der Grenzen der Personensorge durch die Eltern mit Blick auf eine Behandlung eines nicht einwilligungsfähigen Kindes mit Varianten der Geschlechtsentwicklung, die allein in der Absicht erfolgt das körperliche Erscheinungsbild des Kindes an die binäre Geschlechterordnung anzupassen.

Damit entspricht die Bundesregierung den wiederholten dringlichen Empfehlungen internationaler Menschenrechtsgremien an Deutschland (Frauenrechtsausschuss⁵, Anti-Folter-Ausschuss⁶, Ausschuss zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen⁷, Ausschuss zum Sozialpakt⁸) und des Europäischen Parlaments gesetzliche Verbote von "geschlechtsnormalisierenden" Eingriffen zu erlassen.⁹

Aus Sicht der Monitoring-Stelle UN-Kinderrechtskonvention fehlt hier jedoch noch die explizite Erwähnung eines Verbotes des Bougierens¹⁰ bei nichteinwilligungsfähigen Kindern, wie sie auch der Bundesrat unter Nummer 1 in seiner Stellungnahme aus November 2020 gefordert hat.¹¹ Entsprechende Empfehlungen, diese Behandlungsmethode mit ihren schwerwiegende psychischen und körperlichen Folgeschäden erst in der Adoleszenz bzw. bis zu einem späteren Zeitpunkt zu

⁵ UN-Frauenrechtsausschuss, Abschließende Bemerkungen Deutschland vom 09. März 2017, Ziff. 24 d und e (CEDAW/C/DEU/CO/7-8).

⁶ UN-Antifolterausschuss, Abschließende Bemerkungen Deutschland vom 12. Dezember 2011, Ziff. 20 (CAT/C/DEU/CO/5).

⁷ UN-Behindertenrechtsauschuss, Abschließende Bemerkungen Deutschland vom 13. Mai 2015, Ziff. 38 d (CRPD/C/DEU/CO1).

⁸ UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Abschließende Bemerkungen Deutschland vom 27.November 2018, Ziff. 24 und 25 (E/C.12/DEU/CO/6).

⁹ Europäisches Parlament, B8-0101/2019

Der Behandlungsmethode des Dehnens, die bei Anlage einer Neovagina bis zum Abschluss des k\u00f6rperlichen Wachstums regelm\u00e4\u00dfs Anwendung findet und von betroffenen Personen als schmerzhafter bis missbr\u00e4uchlicher \u00dcbergriff erlebt wird.

¹¹ Vgl. Empfehlung der Ausschüsse R – FJ – FS – g in der 995. Sitzung des Bundesrates am 6. November 2020, Bundesratsdrucksache 556/1/20 vom 26.10.20.

verschieben, sind in der Literatur bereits seit 2002 regelmäßig und wiederkehrend zu finden.¹²

Zum wirksamen Schutz des Rechts der betroffenen Kinder auf körperliche Unversehrtheit erscheint es wichtig und hilfreich, bereits durch den Gesetzeswortlaut Handlungsklarheit dahingehend zu schaffen, dass sich die intendierte Reichweite des Verbotes auch auf die Behandlungsform des Bougierens erstreckt - inklusive auf schon laufender Behandlungen - wie sie in der Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates auf S. 46 des Gesetzentwurfes ausgeführt ist. Eine Ausdrückliche Aufnahme dieses Schutzes in die Gesetzesbegründung wäre denkbar, wenn auch nicht mit Sicherheit gleichermaßen wirksam.

Die Monitoring-Stelle regt an, unter § 1631e Absatz 1 des GE explizit das Verbot des Bougierens als Behandlungsmethode bei nichteinwilligungsfähigen Kindern mit aufzunehmen.

1.2 Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Kindern (§ 1631e Absatz 2 GE)

Auch die in § 1631e Absatz 2 gewählte Regelung für alle operativen Eingriffe, für die nicht bereits nach Absatz 1 die Einwilligungsbefugnis fehlt, ist aus einer kinderrechtlichen Perspektive sehr zu begrüßen. Insbesondere, da hier mittels der Bedingung "nur wenn der Eingriff nicht bis zu einer selbstbestimmten Entscheidung des Kindes aufgeschoben werden kann" die Rechtsposition von Kindern als Träger_innen eigener Rechte ausdrücklich gestärkt wird. Dies entspricht dem Grundgedanken der UN-Kinderrechtskonvention in besonderem Maße.

1.3 Familiengerichtliche Genehmigung (§ 1631e Absatz 3 GE)

Die Einführung des familiengerichtlichen Vorbehaltes im Falle einer Einwilligung nach Absatz 2 und der Einführung einer Ausnahmeregelung bei qualifizierter medizinischer Notwendigkeit, die nur bei Gefahr für Leben und Gesundheit vorgesehen ist, entspricht aus Sicht der Monitoring-Stelle UN-Kinderrechtskonvention ebenfalls in hohem Maße den Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention und ist ausdrücklich zu begrüßen.

1.4 Kindeswohlermittlung mittels einer interdisziplinären Kommission (§ 1631e Absatz 3 und 4 GE)

Lobend hervorzuheben ist auch, dass der Gesetzgeber bei den Ausnahmeregelungen in § 1631e Absatz 3 GE explizit vom Gesetzgeber das Kindeswohl als Abwägungsmaßstab betont wird. Auch die in § 1631e Absatz 3 und 4 gewählte Lösung einer interdisziplinären Kommission, die die Ermittlung und Bestimmung des Kindeswohls durch das Familiengericht verfahrensmäßig vereinfachen bzw. erleichtern soll, ist angesichts der häufig betroffenen Neugeborenen und Kleinstkinder eine gut gewählte Lösung, die den Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention

Vgl. Clayton PE u.a. (2002): Consensus statement on 21-Hydroxylase Deficiency. J Clin Endocrin Metabol 87: 4048-53. / Wünsch, L und Wessel, L. (2008): Chirurgische Strategien bei Störungen der Geschlechtsentwicklung. In: Monatszeitschrift Kinderheilkunde 156, S. 234-240. / u.v.m.

hinsichtlich der Ermittlung und Bestimmung des Kindeswohls (best interests of the child) gemäß Artikel 3 UN-Kinderrechtskonvention sehr nahe kommt.¹³

Die Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention hinsichtlich der Ermittlung und Bestimmung des Kindeswohls sehen ein geregeltes, transparentes und nachvollziehbares sowie dokumentiertes Verfahren vor, das jedoch nur dann als sachgemäß durchgeführt angesehen wird, wenn auch der Meinung und dem Willen des Kindes gemäß Vorgaben aus Artikel 12 UN-Kinderrechtskonvention Gehör und Berücksichtigung geschenkt wurde. 14 Es erschließt sich uns daher nicht, warum in der Zusammensetzung der Kommission die Betroffenen-Perspektive außen vor bleibt und nicht die Einbindung einer Interessensvertretung des Kindes durch eine erwachsene Person (analog zum Konzept des Verfahrensbeistandes) sowie der Expertise einer entsprechend qualifizierten intergeschlechtlichen Person, wie sie auch in den Ausführungen zu Absatz 3 im Begründungstext auf S. 32 des Gesetzentwurfes als sogenannte Peer-Beratungspersonen in den Kompetenzzentren entsprechend der ärztlichen Leitlinien vorgesehen ist, statuiert ist.

Die Monitoring-Stelle regt an, unter § 1631e Artikel 1 Absatz 4 des GE die als Minimum vorgesehene Zusammensetzung der interdisziplinären Kommission, durch eine Interessensvertretung des Kindes unter Nummer 5 und eine sogenannte Peer-Beratungsperson unter Nummer 6 zu ergänzen. Damit könnte dann auch die unter § 1631e Artikel 1 Absatz 5 Nummer 6 GE Zustimmung als Sonderreglung entfallen.

Um den in der Gesetzesbegründung vorgesehenen Blick "von außen" genüge zu tun, der dem Schutz der Rechte des betroffenen Kindes vor etwaigen Interessenskonflikten der Kommissionsmitglieder dient, ist zu Absatz 4 Nummer. 2 abschließend anzumerken, dass eine weitere ärztliche Person nicht aus der gleichen Klinik kommen sollte wie der/die das Kind Behandelnde (Nummer. 1).

1.5 Inhalt der Stellungnahme der interdisziplinären Kommission (§ 1631e Absatz 5 GE)

Mit Blick auf die bereits erwähnten Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention zur Bestimmung und Ermittlung des Kindeswohls ist die in § 1631e Artikel 1 Absatz 5 GE vorgenommene Benennung von Mindestanforderungen an die Stellungnahme der interdisziplinären Kommission äußert begrüßenswert; sie macht die Ermittlung und Bestimmung des Kindeswohls nachvollziehbar und dokumentiert diese sogar. Insbesondere die unter Nummer 7 ausgeführte Dokumentation der Auseinandersetzung der Kommission mit der Frage, ob der Eingriff dem Willen des Kindes entspricht, auch beim nichteinwilligungsfähigen Kind, entspricht in Wesentlichen den Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention.

Vor dem Hintergrund des sehr auf die geschlechtliche Selbstbestimmung des Kindes gerichteten Blickes der Zielsetzung des Gesetzes, wie sie in der Einführung unter B. Lösungen des Gesetzentwurfes ausgeführt sind, erstaunt es jedoch sehr, dass

Vgl. hierzu Feige, Judith / Gerbig, Stephan (2019): Das Kindeswohl neu denken. Kinderrechtsbasierte Ermittlung und Bestimmung des Kindeswohls. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte (zuletzt abgerufen am 12.01.2021).

¹⁴ UN-Ausschuss für die Rechte des Kindes, Allgemeine Bemerkung Nr. 14 (2013) zum Recht des Kindes auf Berücksichtigung seines Wohls als vorrangiger Gesichtspunkt (Art. 3 Abs. 1), CRC/C/GC/14.

hinsichtlich der Beratung und Aufklärung von Eltern und Kindern, eine so große Zurückhaltung insbesondere gegenüber der Beratung durch eine Person mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (Peer-Beratung) gewählt wird. So ist dem Begründungsext auf S. 31 des GE unter Nummer 5 zu entnehmen, dass wenn keine solche Beratung stattgefunden hat, die reine Mitteilung darüber in der Stellungnahme der Kommission genügt und das Familiengericht dann die Möglichkeit habe "(…) die Eltern gegebenenfalls auf die Möglichkeiten der Beratung (…) hinzuweisen oder eine Beratung anzuordnen." Dabei stellt gerade die sogenannte Peer-Beratung aus Sicht der Monitoring-Stelle ein wichtiges Instrument zur Beratung von Eltern dar, insbesondere wenn es darum geht Ängste zu nehmen und diesen eine vollinformierte Einnahme der Perspektive ihres Kindes zu ermöglichen.

Die Monitoring-Stelle regt an, dass bei der Ermittlung und Bestimmung des Kindeswohls durch die interdisziplinäre Kommission, eine Beratung der Eltern und ggf. je nach Alter und Reife des Kindes ein fester Bestandteil sein sollte und sich von daher auch in der Stellungnahme der Kommission wiederfinden sollte.

Vor dem Hintergrund der Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention und dem Gebot der Nicht-Diskriminierung von Kindern aufgrund des Status ihrer Eltern gemäß Artikel 2 Absatz 1 UN-Kinderrechtskonvention, spricht sich die Monitoring-Stelle UN-Kinderrechtskonvention an dieser Stelle zudem dafür aus, dass die Kosten der Stellungnahme der Kommission nicht von der betroffenen Familie getragen werden sollten. Angesichts der im Begründungstext ausgeführten zu erwartenden geringen Fallzahlen, sollte dies unabhängig von der finanziellen Situation der Eltern gelten, die sich hier in der Regel in einer besonderen Belastungssituation befinden.

1.6 Aufbewahrungspflicht für Patient_innenakten (§ 1631e Absatz 6 GE)

Die Verlängerung der Aufbewahrungsfrist für die Patient_innenakte mit dem klar definierten Startpunkt des Geburtsdatums der betroffenen Person – und auch die gewählte Übergangsregelung für Altfälle – sind aus einer kinderrechtlichen Perspektive ausdrücklich zu begrüßen.¹⁵

Vor dem Hintergrund des Rechts des Kindes auf Information, welches sich aus Art. 13 sowie Art. 3 UN-KRK ergibt, stellt sich hier jedoch die Frage, ob die Verlängerung der Aufbewahrungspflicht für Patient_innenakten dem Recht auf Information ausreichend gerecht wird. Für Betroffene, die oftmals im Neugeborenen- oder Kleinkindalter operiert wurden, ist eine Informationssuche regelmäßig erst Jahre nach der Volljährigkeit möglich. Dabei kann nicht ohne weiteres angenommen werden, dass der Ort oder die genauen Umstände der Behandlung immer bekannt sind. Zusätzlich zu der Aufbewahrung der Patient_innenakte bei dem Behandelnden erscheint daher die Dokumentation in einem für die Betroffenen zugänglichen Register sinnvoll. Auch der UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte betont in seiner Allgemeinen Bemerkung zum Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit, dass behandlungsbezogene Informationen ohne Diskriminierung und frei von Barrieren für

Auch der Deutsche Ethikrat hatte eine solche bereits in seiner Stellungnahme von 2012 angemahnt (BT-Drs. 17/9088, S. 54).

alle umfänglich zugänglich sein müssen. ¹⁶ Diese Informationen müssen in einer Art und Weise bereitgestellt werden, die mit den Bedürfnissen des Einzelnen und der Gemeinschaft übereinstimmen. ¹⁷ Die Zugänglichkeit von Informationen darf allerdings nicht das Recht auf eine vertrauliche Behandlung von persönlichen Gesundheitsdaten und -informationen beeinträchtigen und muss daher datenschutzrechtlich abgesichert sein. ¹⁸ Ein solches Register sollte zentrale Informationen zu allen Eingriffen an inneren und äußeren Geschlechtsmerkmalen bei Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung enthalten.

Ein weiterer Aspekt mit Blick auf den vom Gesetzgeber intendierten Schutz von Kindern ist es, dessen Wirksamkeit regelmäßig und fortlaufend zu überprüfen, um gegebenenfalls mit Novellierungen der Gesetzgebung im besten Interesse der betroffenen Kinder reagieren zu können. Aus diesem Grunde sollte ein Register für Forschung, Monitoring und Evaluation der Praxis von Operationen bei Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung – mit vorgeschaltetem Genehmigungsverfahren – zugänglich sein.

Zudem sollte die Aufbewahrungspflicht der Patient_innenakten den betroffenen Personen auch im Nachhinein den eventuellen Weg einer strafrechtlichen Verfolgung oder der Geltendmachung von zivilrechtlichen Schadensersatzansprüchen ebnen. Von daher erstaunt es sehr, dass eine Anpassung mit diesen Regelungen – insbesondere mit Blick auf die Verjährungsfristen – im Gesetzentwurf derzeit nicht enthalten ist.

Mit Blick auf ein Monitoring im Sinne des mit dem GE intendierten Ziels eines besonderen Schutzes der Selbstbestimmungsrechte von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung, sollten alle Eingriffe an inneren und äußeren Geschlechtsmerkmalen in einem Register festgehalten und so den zum Zeitpunkt des Eingriffes noch minderjährigen Personen der spätere Zugang zu den für sie persönlich so wichtigen Dokumenten erleichtert werden.

Im Zuge der Verlängerung der Aufbewahrungspflicht von Patient_innenakten, sollte zudem auch die strafrechtlichen und zivilrechtlichen Regelungen geprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

2 Zu den Regelungen in Artikel 3 und 5 und den Änderungen des FamFG

Der Gesetzentwurf sieht in Artikel 2 die Einführung eines vereinfachten sowie eines regulären Verfahrens vor.

UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Allgemeine Bemerkung Nr. 22 (2016) zum Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit (Art. 12), Ziff. 15, 18 und 19, E/C.12/GC/22.

¹⁷ UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Allgemeine Bemerkung Nr. 22 (2016) zum Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit (Art. 12), Ziff. 19, E/C.12/GC/22.

¹⁸ UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Allgemeine Bemerkung Nr. 22 (2016) zum Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit (Art. 12), Ziff. 19, E/C.12/GC/22.

2.1 Vereinfachtes Verfahren (Artikel 3 §167b Absatz 1 GE)

Legen die Eltern mit dem Antrag auf Genehmigung eine befürwortende Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission vor, so erteilt das Gericht die Genehmigung. Im Begründungstext wird für die Anhörung des Kindes mit Verweis auf §159 FamFG darauf verwiesen, dass unter diesen Voraussetzungen – und mit Blick auf den zeitlichen Faktor eines vereinfachten Verfahrens – ein Verfahrensbeistand für das Kind entbehrlich sei. Diese Einschätzung ist aus Sicht der Monitoring-Stelle UN-Kinderrechtskonvention bedenklich, wenn nicht, wie bereits unter 2.4 und den Regelungen zu § 1631e Artikel 1 Absatz 4 GE ausgeführt auch eine Interessensvertretung des Kindes in der interdisziplinären Kommission vorgesehen wäre. Denn eine Interessensvertretung ist unersetzlicher Bestandteil der Ermittlung und Bestimmung des Kindeswohls (best interests of the child gemäß Artikel 3 Absatz 1 UN-Kinderrechtskonvention) deren Rolle die ausschließliche Vertretung der Interessen des Kindes im Abwägungsprozess bei der Ermittlung und Bestimmung des Kindeswohls sein soll; damit diese auch Gehör finden.

Auch gilt es zu prüfen, inwieweit die Annahme, dass sich bei Kleinkindern eine persönliche Anhörung nach den Voraussetzungen des §159 FamFG erübrige, wie im Begründungstext auf S. 38 ausgeführt, richtig ist. Verweisen möchte die Monitoring-Stelle in diesem Zusammenhang auf die sich gerade im Gesetzgebungsverfahren als Regierungsentwurf befindlichen Änderungen des § 159 Abs.1 und 2 FamFG im Zuge des "Gesetzes zur Bekämpfung sexualisierter Gewalt gegen Kinder", die eine Pflicht zur persönlichen Anhörung des Kindes, unabhängig von seinem Alter, vorsieht. Dabei geht die Begründung zum Gesetzesentwurf explizit auf Kleinkinder ein. 19 Auch die Neuregelung des § 158 Absatz 1 und Absatz 2 FamFG statuiert die grundsätzliche Bestellung eines Verfahrensbeistandes für alle Minderjährigen.

2.2 Reguläres Verfahren und Beratung (Artikel 3 §167b Absatz 2 GE)

Die Monitoring-Stelle UN-Kinderrechtskonvention begrüßt ausdrücklich, dass im Falle des regulären Verfahrens im Begründungstext explizit die persönliche Anhörung des Kindes sowie die Notwendigkeit der Bestellung eines Verfahrensbeistandes für das Kind betont wird.

Kritisch zu betrachten ist aus kinderrechtlicher Perspektive auch hier die Zurückhaltung hinsichtlich der Wahrnehmung einer Beratung durch die Eltern und ggf. das Kind, wenn es sich bei der Beratung lediglich um ein Angebot handelt. Obwohl deren Bedeutung an anderer Stelle zu Recht betont wird.

Die Monitoring-Stelle UN-Kinderrechtskonvention wiederholt daher an dieser Stelle ihre Empfehlung hinsichtlich einer Beratung der Eltern und ggf. je nach Alter und Reife des Kindes, als festen Bestandteil jeden Verfahrens bei Eingriffen bei Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung.

¹⁹ Vgl. Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz, Entwurf eines Gesetzes "zur Bekämpfung sexualisierter Gewalt gegen Kinder", zu § 159 FamFG S. 53-55.

3 Zu den Regelungen in Artikel 6 zur Evaluierung des Gesetzes

Mit Verweis auf die Ausführungen unter Punkt 1.6. dieser Stellungnahme, soll abschließend noch einmal auf die Bedeutung einer regelmäßigen und fortlaufenden Datenerhebung zur Verwirklichung des Schutzes des Rechtes auf geschlechtliche Selbstbestimmung von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung betont werden.

Die Monitoring-Stelle UN-Kinderrechtskonvention befasst sich seit 2016 intensiv mit der Frage der Entwicklung von Kinderrechts-Indikatoren für Deutschland²⁰ und regt an dieser Stelle unbedingt auch die regelmäßige und fortlaufende Erhebung nicht nur objektive Daten, sondern auch der subjektiven Sicht der Betroffenen (Eltern und Kinder) selbst (u.U. rückblickend) an.

Die Monitoring-Stelle wiederholt daher abschließend ihre nachdrückliche Empfehlung, ein Register zu schaffen, in dem alle Eingriffe bei Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung dokumentiert sind und spricht sich für einen deutlich früheren Beginn einer wiederkehrenden Evaluation – nicht erst nach zehn Jahren - mit Einführung des Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung aus.

Impressum

Deutsches Institut für Menschenrechte Zimmerstraße 26/27, 10969 Berlin Tel.: 030 25 93 59-0 info@institut-fuer-menschenrechte.de www.institut-fuer-menschenrechte.de

KONTAKT: Claudia Kittel

LIZENZ: Creative Commons (CC BY-NC-ND 4.0) https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de Januar 2021

Das Institut

Das Deutsche Institut für Menschenrechte ist die unabhängige Nationale Menschenrechtsinstitution Deutschlands. Es ist gemäß den Pariser Prinzipien der Vereinten Nationen akkreditiert (A-Status). Zu den Aufgaben des Instituts gehören Politikberatung, Menschenrechtsbildung, Information und Dokumentation, anwendungsorientierte Forschung zu menschenrechtlichen Themen sowie die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen. Es wird vom Deutschen Bundestag finanziert. Das Institut ist zudem mit dem Monitoring der Umsetzung der UN-Behindertenkonvention und der UN-Kinderrechtskonvention betraut worden und hat hierfür entsprechende Monitoring-Stellen eingerichtet.

Vgl. Bär, Dominik (2018): Information "Die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention messbar machen. Anforderungen der Vereinten Nationen an Kinderrechts-Indikatoren", Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte (zuletzt abgerufen am 12.01.2021).

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN



Philosophische Fakultät

Institut für Europäische Ethnologie Møhrenstraße 40/41 10117 Berlin

Dr. Ulrike Klöppel

ulrike.kloeppel@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/AKPMD

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. 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

content/uploads/2019/11/testimonial broch 21-21cm for web.pdf].

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-

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_ndf

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-entwurffinal.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.	Beschränkter Schutzbereich des Verbots	2
2.	Fehlende externe Prüfung der Einwilligungsfähigkeit	4
3. alter	Verfestigter Behandlungswunsch und psychische Gesundheitsgefahren dürfen ohne Erprobung rnativer Problemlösungen keine Ausnahme vom Verbot ermöglichen	4
4. Ents	Familiengerichtliche Prüfung der Nicht-Aufschiebbarkeit der Behandlung bis zu einer selbstbestimmte cheidung des Kindes	en 5
5. Verf	Evaluierung erfordert Zentrales Melderegister und langfristige Aufbewahrung auch der ahrensakten	6
6.	Bougierung explizit verbieten	8
7.	Interdisziplinären Kommission muss vom Behandlungskontext unabhängige Perspektiven einbeziehen	1 8
8. offer	Verpflichtende Stellungnahme der Kommission; verpflichtende Vorlage auch bei Ablehnung; Dissens nlegen	9
9.	Pflicht zur Inanspruchnahme einer Peer-Beratung oder Besuch von Selbsthilfegruppen	9
10.	Verlängerung der Verjährungsfristen	10
11.	Entschädigung und staatliche Anerkennung der jahrzehntelangen Menschenrechtsverletzungen	10
Anho	ang	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://oiigermany.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 Penisschaft) 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-behandlungsspekt-rum/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.bmjv.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. Feminisierende und maskulinisierende Behandlungen sind in der Regel schwerwiegende und irreversible Eingriffe. Daher sollte eine behandlungsexterne 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

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 Kindesschutzes 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)
 - Behandelnde Ärzt*innen (Krankenhäuser)
 - Mitglieder interdisziplinärer Kommissionen
 - Familienrichter*innen
 - o Peer-Berater*innen
 - Mitarbeiter*innen psychosozialer und kinder-/jugendpsychiatrischer Beratungsangebote für Eltern und Kinder

Geschlechtsentwicklung vom 23. September 2020, 2.12.2020 [https://www.lsvd.de/de/ct/4096-Gesetz-zum-Schutz-von-Kindern-mit-Varianten-der-Geschlechtsentwicklung].

- o Kinder und Jugendliche (später: auch Erwachsenen)
- o Eltern/Angehörige dieser Kinder/Jugendlichen
- Sekundäranalytische Auswertungen von Vollerhebungen:
 - DRG-Statistik ("fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik")
 - o (noch einzurichtendes) Zentrale Melderegister des Bundes oder der Länder
- Interdisziplinäre qualitative Aktenanalyse (Stichproben) aus medizinischer, sozialwissenschaftlicher und juristischer Sicht
 - Patient*innenakten
 - o 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 Wünsch, L. / Wessel L. (2008): Chirurgische Strategien bei Störungen der Geschlechtsentwicklung. Monatsschrift 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 medikalisierter 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 affiliiert 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].

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. 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-einwiligungsfähigen 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

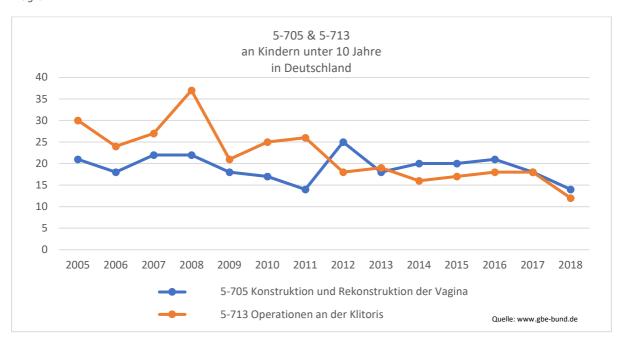
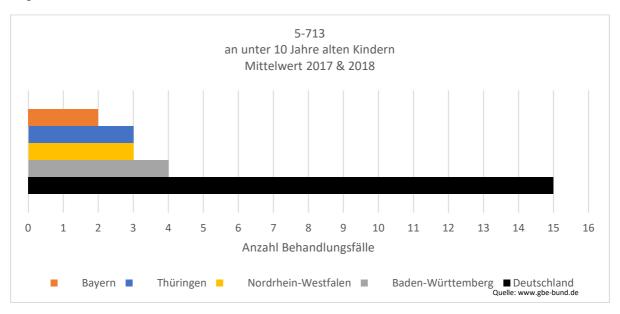


Diagramm 2





Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages am 13.1.2021 zum Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (BT-Drucks. 19/2486)

Überblick

Χ.

Fazit

I.	Einleitung	2
II.	Zu schmaler und unglücklich gewählter Anwendungsbereich	3
III.	Allgemeine Überlegungen	5
1.	Beklagenswerte Abkehr von der Strenge des Referentenentwurfs	5
2.	Beklagenswerte Komplexität und Auslegungsspielräume	7
IV.	Probleme im Hinblick auf das Konzept und die Folgen der Einwilligungsfähigkeit	8
1.	Schwierigkeiten bei der Feststellung der Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen	8
2.	Weitreichende Folgen der Bejahung der Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen	10
V.	Unklarheiten bei den erfassten Behandlungen	11
1.	Unklarheit beim Konzept "kein weiterer Grund" (Abs. 1)	11
2.	Unklarheit beim Konzept "wenn der Eingriff nicht bis zu einer selbstbestimmten	
	Entscheidung des Kindes aufgeschoben werden kann" (Abs. 2 S. 1 a.E.)	12
3.	Unklare und unbefriedigende Rechtslage bei hormonellen Behandlungen	14
VI.	Probleme und Unklarheiten in Bezug auf die interdisziplinäre Kommission und ihre	
	Stellungnahme	15
1.	Fehlende Vorgaben zum allgemeinen Rahmen	15
2.		15
3.	9, 8	16
4.		17
5.	e, e	18
6.		19
7.	- 0	
	Kommissionsstellungnahme	19
8.		
	intergeschlechtlichen Kindern und deren Angehörigen geschulten und erfahrenen	
	Person	20
9.		20
10		21
VII.	Die vier Stufen der Eile	21
	Verkürzter Rechtsschutz durch das vereinfachte Verfahren, § 1631e III 3 BGB-E i.V.m.	22
	§ 167b FamFG-E	22
IX.	Fehlende flankierende Regelungen	25
1.		25
2.		26
3.	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	26
4.	9	26
5.	Zügigere Evaluation	27

Juristische Fakultät

Lehrstuhl für deutsches, europäisches und internationales Privat- und Verfahrensrecht Institut für Rechtsfragen der Medizin Prof. Dr. Katharina Lugani

+49 211 81 11429 lugani@hhu.de

Düsseldorf, 11.1.2021

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Universitätsstraße 1

40225 Düsseldorf Gebäude 24.81 Ebene 02 Raum 45

www.hhu.de

27



I. Einleitung

Es ist sehr zu begrüßen, dass die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode noch den Auftrag aus dem Koalitionsvertrag von 2018, geschlechtsangleichende medizinische Eingriffe an Kindern zu regeln¹, erfüllen möchte. Dem Ziel des Entwurfs, Beeinträchtigungen des Rechts des Kindes auf geschlechtliche Selbstbestimmung durch medizinische Behandlungen, die sein Erscheinungsbild an das männliche oder weibliche Geschlecht angleichen, zu verhindern,² ist selbstverständlich voll zuzustimmen. Denn irreversible geschlechtsangleichende medizinische Maßnahmen bei Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung "stellen einen Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit, Wahrung der geschlechtlichen und sexuellen Identität und das Recht auf eine offene Zukunft und oft auch in das Recht auf Fortpflanzungsfreiheit" dar.³

Der Entwurf enthält viele sinnvolle und überzeugende Regelungen, von denen hier nur einige beispielhaft zu nennen sind: Zunächst ist positiv hervorzuheben, dass der Entwurf im Grundsatz alle Arten von Behandlungen erfasst⁴ (siehe aber differenzierter unten V.3.). Gut ist im Grundsatz zudem, dass die Regelung sich nur auf nicht einwilligungsfähige Kinder bezieht⁵ (siehe aber differenzierter unten IV.2.).

Zuzustimmen ist ferner der Regelung des § 1631e I BGB-E, wonach rein kosmetische Operationen am nicht einwilligungsfähigen Kind klar verboten sind.⁶ Auch die dezidierte Abkehr vom Konzept des Co-Konsenses an

¹ Koalitionsvertrag 2018 (https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1), Zeile 797-799.

² BT-Drucks. 19/24686, S. 17.

³ Ethikrat, Stellungnahme Intersexualität, 2012, S. 174, These 9.6; ähnlich *Henn/Coester-Waltjen*, FamRZ 2020, 481, 482.

⁴ BT-Drucks. 19/24686, S. 1.

⁵ BT-Drucks. 19/24686, S. 2, 13, 23, passim.

⁶ So etwa schon die Forderung der Stellungnahme des DFGT zum RefE, S. 2.



sich erscheint im Prinzip sinnvoll (siehe aber relativierend unten IV.2.). Zudem ist die räumliche Trennung von § 1631c BGB überzeugend.⁹ In § 1631e II 2 BGB-E wird sinnvollerweise die Bestellung eines Ergänzungspflegers für die Fälle des § 1631e II 1 BGB-E, in denen die Eltern nicht in den Eingriff einwilligen können, ausgeschlossen.

Der Richtervorbehalt nach § 14 I Nr. 6 RPflG-E ist positiv zu benennen und es ist erfreulich, dass diese Anregung aus der Anhörung zum Referentenentwurf aufgegriffen wurde. ¹⁰ Auch die Möglichkeit zur Zuständigkeitskonzentration nach § 167b III FamFG-E erscheint angesichts der geringen Fallzahlen zur Stärkung der Fachkompetenz der Gerichte sinnvoll.

Die 48-jährige Aufbewahrungsfrist (§ 1631e VI BGB-E) ist überzeugend. Dies gilt auch für die in Reaktion auf Kritik in der Verbändeanhörung zum RefE¹¹ vorgesehene Erstreckung der verlängerten Aufbewahrungsfrist auf derzeit noch aufbewahrte (§ 630f III BGB) Akten (Art. 2 des Gesetzes – Art. 229 § ... EGBGB-E).

Dennoch besteht großer Korrekturbedarf.

II. Zu schmaler und unglücklich gewählter Anwendungsbereich

Der Anwendungsbereich der Norm erstreckt sich auf die "Behandlung eines … Kindes mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung", die "in der Absicht erfolgt, das körperliche Erscheinungsbild des Kindes an das des männlichen oder des weiblichen Geschlechts anzugleichen" (§ 1631e I BGB-E) sowie auf "operative Eingriffe an den inneren oder äußeren Geschlechtsmerkmalen des … Kindes mit einer Variante der Geschlechtsent-

⁹ Siehe krit. etwa Stellungnahme DJB zum RefE, S. 2. Wie jetzt als § 1631e BGB-E auch schon der Gesetzesentwurf "Geschlechtervielfalt im Recht", vgl. https://www.bmfsfj.de/blob/114066/8a02a557eab695bf7179ff2e92d0ab28/imag-band-8-geschlechtervielfalt-im-recht-data.pdf, S. 76.

¹⁰ Siehe Stellungnahme des BDR zum RefE, S. 1 f.

¹¹ Siehe Stellungnahme des DJB zum RefE, S. 9.



wicklung, die eine Angleichung des körperlichen Erscheinungsbilds des Kindes an das des männlichen oder des weiblichen Geschlechts zur Folge haben könnten" (§ 1631e II ff. BGB-E).

Daran ist mehrerlei problematisch. Das Vorliegen einer Variante der Geschlechtsentwicklung ist ein medizinisches, kein rechtliches Konzept und es ist einer Prüfung durch Juristen nur mit medizinischer Unterstützung zugänglich. Sobald gefordert wird, dass das Kind eine Variante der Geschlechtsentwicklung haben muss, kann es theoretisch dazu kommen, dass durch eine Fehldiagnose eine Variante der Geschlechtsentwicklung verneint wird und ein Eingriff irrig nicht in den Anwendungsbereich der Norm fällt. Der zweite Teil der Umschreibung des Anwendungsbereichs der Norm, die "Angleichung des körperlichen Erscheinungsbilds des Kindes an das des männlichen oder des weiblichen Geschlechts", ist ein Tatbestand, unter den zu subsumieren sicherlich relativ komplex ist. Ferner rekurriert er auf die Binarität der Geschlechter voraus und trägt so zu ihrer Zementierung bei.

Angesichts der Schwere, Risiken und langfristigen Folgen der Eingriffe wäre ein möglichst weiter Anwendungsbereich der Norm wünschenswert. Für den unwahrscheinlichen Fall, dass dies zu einer übermäßigen Verkomplizierung unproblematischer medizinischer Eingriffe führen sollte, kann dies im Rahmen einer Evaluation (s.u.) festgestellt und korrigiert werden. Banal gesagt: Besser, es werden zu viele Genehmigungsverfahren durchlaufen, als zu wenige. Die hiesige Stellungnahme schließt sich daher den Gesetzesvorschlägen an, die auf das Konzept der Genitalveränderung abstellen.¹⁵

¹³ Ähnlich Stellungnahme Dr. Pühler, S. 4.

¹⁴ Auch § 1631e S. 1 BGB-E i.d.F. d. Gesetzesentwurfs "Geschlechtervielfalt im Recht" verzichtet auf das Tatbestandsmerkmal des Vorliegens von Varianten der Geschlechtsentwicklung: "Sorgeberechtigte Personen können nicht in einen geschlechtszuweisenden oder -angleichenden medizinischen Eingriff an den Genitalien oder Keimdrüsen des nicht einsichts- und urteilsfähigen Kindes einwilligen, es sei denn …", vgl. https://www.bmfsfj.de/blob/114066/8a02a557eab695bf7179ff2e92d0ab28/imag-band-8-geschlechtervielfalt-im-recht-data.pdf, S. 76.

¹⁵ So § 11 I 1 Hs. 1 (Geschlechtsidentitätsgesetz – GiG) (BT-Drucks. 19/20048, S. 9): "Eltern können nicht in einen operativen Eingriff an den inneren oder äußeren Geschlechtsmerkmalen ihrer Kinder einwilligen, wenn dies zu einer Veränderung der Genitalien führt" und



III. Allgemeine Überlegungen

1. Beklagenswerte Abkehr von der Strenge des Referentenentwurfs

Im Vergleich zum Referentenentwurf vom Januar 2020 erlaubt der Regierungsentwurf Eingriffe in deutlich weiterem Umfang. ¹⁶ Aufgrund insbesondere der Irreversibilität sollten Eingriffe an intergeschlechtlichen Kindern nur mit größtmöglicher Zurückhaltung zugelassen werden. Die nun insgesamt doch relativ weitgehende Zulassung von Behandlungen und Eingriffen an Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung erscheint daher sehr problematisch. Zwei konkrete Beispiele:

Nach § 1631c II BGB-RefE war eine (genehmigungspflichtige) Einwilligung der Eltern in eine Operation überhaupt nur möglich, "wenn der Eingriff zur Abwendung einer Gefahr für das Leben oder einer erheblichen Gefahr für die Gesundheit des Kindes erforderlich" ist. 17 Demgegenüber ist diese Bedrohungslage nicht mehr Teil des jetzigen Entwurfs; vielmehr genügt es, wenn der Eingriff nicht bis zur Einwilligungsfähigkeit aufgeschoben werden kann und "der geplante Eingriff dem Wohl des Kindes am besten entspricht" (§ 1631e III 2 BGB-RegE). Diese Absenkung des Schutzniveaus ist abzulehnen.

Auch für den Fall der Eilbedürftigkeit ist der Regierungsentwurf deutlich schwächer in der Kontrollintensität als der Referentenentwurf. Während der Referentenentwurf für Einwilligungen in Eingriffe zur Abwendung einer Gefahr für das Leben oder einer erheblichen Gefahr für die Gesundheit des Kindes noch stets eine Genehmigung des Familiengerichts vorsah – freilich immer mit der Grenze des § 630d I 4 BGB, so § 1631c II 3 BGB-RefE –, so entfällt die Genehmigungsbedürftigkeit im Regierungsentwurf, wenn

^{§ 3} I 1 SelbstBestG (BT-Drucks. 19/19755, S. 7): "Eltern können nicht in einen genitalverändernden chirurgischen Eingriff an den inneren oder äußeren Geschlechtsmerkmalen des Kindes einwilligen."

¹⁶ BT-Drucks. 19/24686, S. 18.

¹⁷ Auch § 11 I 2 GiG-E (BT-Drucks. 19/20048, S. 9) und § 3 I 3 SelbstBestG-E (BT-Drs. 19/19755, S. 7) gestattet vor Einwilligungsfähigkeit des Kindes genitalverändernde Eingriffe nur, wenn dies "zur Abwendung einer Gefahr für das Leben oder einer erheblichen Gefahr für die Gesundheit des Kindes erforderlich ist". Ähnlich der Vorschlag von *Lindenberg*, Rechtsfragen medizinischer Intervention bei intersexuell geborenen Minderjährigen, 2020, S. 374.



der Eingriff "nicht bis zur Erteilung der Genehmigung aufgeschoben werden" kann (§ 1631e III 1 aE BGB-RegE). Es wird so im Übrigen eine weitere Stufe der Eilbedürftigkeit neben § 630d I 4 BGB-E geschaffen. Dies erscheint überflüssig und es ist zu befürchten, dass an die Eilbedürftigkeit nach § 1631e III 1 aE BGB-RegE zu geringe Anforderungen gestellt werden, weil nach systematischer Auslegung sicherlich von einer (deutlich?) schwächeren Form der Eilbedürftigkeit als nach § 630d I 4 BGB auszugehen ist.

Der Ethikrat hielt in seiner Stellungnahme 2012 fest, dass Entscheidungen über geschlechtsangleichende Eingriffe nur dann nicht vom Betroffenen selbst getroffen werden sollten, wenn der Betroffene nicht entscheidungsfähig ist und die Durchführung des Eingriffs "nach umfassender Abwägung aller Vor- und Nachteile des Eingriffs und seiner langfristigen Folgen aufgrund *unabweisbarer Gründe des Kindeswohls* erforderlich ist. Dies ist jedenfalls der Fall, wenn die Maßnahme der Abwendung einer konkreten schwerwiegenden Gefahr für die physische Gesundheit oder das Leben der Betroffenen dient". ¹⁸ Der Entwurf mit seinem Kindeswohlmaßstab des § 1631e III 2 BGB-E ("dem Wohl des Kindes am besten entspricht") bleibt dahinter zurück. Auch der LSVD forderte ein striktes Verbot aller geschlechtsangleichenden Eingriffe, die nicht aufgrund einer erheblichen Gesundheitsgefahr oder einer Lebensgefahr geboten sind. ¹⁹

Die Kombination aus fehlender Aufschiebbarkeit bis zur selbstbestimmten Entscheidung und dem eben genannten Kindeswohlmaßstab (§ 1631e III 2 BGB-E) ist letztlich auch weniger streng als die Vorgabe des Koalitionsvertrags 2018: "Wir werden gesetzlich klarstellen, dass geschlechtsangleichende medizinische Eingriffe an Kindern nur in unaufschiebbaren Fällen und zur Abwendung von Lebensgefahr zulässig sind."²⁰

Der Entwurf sollte dringend wieder strengere Anforderungen stellen und die Vorgaben des Ethikrats und des Koalitionsvertrags beachten.

¹⁸ Ethikrat, Stellungnahme Intersexualität, 2012, S. 174, These 9.6.

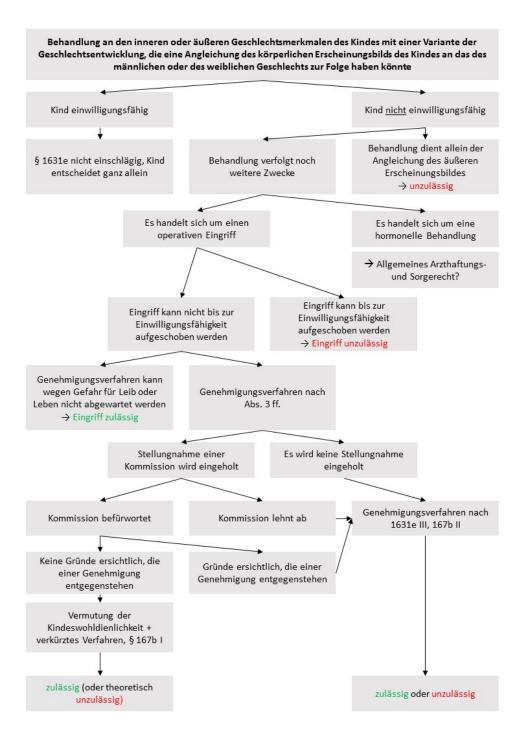
¹⁹ Stellungnahme des LSVD zum RefE, S. 2.

²⁰ Koalitionsvertrag 2018 (Fn. 1), Zeile 797-799.



2. Beklagenswerte Komplexität und Auslegungsspielräume

Die Regelung ist deutlich zu "verwinkelt". Dies erschwert den ÄrztInnen, JuristInnen, Eltern und Kindern die Rechtsanwendung unnötig. Das vom Entwurf vorgesehene Regelungsschema gestaltet sich offenbar wie nachstehend ersichtlich.





Die Komplexität wird dadurch verschärft, dass der Entwurf auf verschiedenen Ebenen des Entscheidungsprozesses stark auslegungsbedürftige und einzelfallabhängige Konzepte enthält, die eine hinreichend sichere Prognose der Legalität eines geplanten Vorgehens nahezu unmöglich machen. Zu nennen sind hier insbesondere die Einwilligungsfähigkeit (§ 1631e I BGB-E), das Aufschiebenkönnen bis zum Eintritt der Einwilligungsfähigkeit (§ 1631e II 1 BGB-E) und das Aufschiebenkönnen bis zum Abschluss des Genehmigungsverfahrens (§ 1631e III 1 BGB-E).

Die erforderliche **Rechtssicherheit und Rechtsklarheit** – bezeichnenderweise im RefE noch explizit als Ziel gesetzt²¹, im RegE nicht mehr – leiden dadurch in beklagenswertem Maße.

- IV. Probleme im Hinblick auf das Konzept und die Folgen der Einwilligungsfähigkeit
- Schwierigkeiten bei der Feststellung der Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen

§ 1631c III BGB-E in der Fassung des Referentenentwurfs vom Januar legte die Grenze der Einwilligungsfähigkeit fix bei 14 Jahren fest. Davon ist der vorliegende Entwurf nach vielfältiger Kritik gut vertretbar abgekehrt. Maßgeblich ist mithin nun eine allein einzelfallbezogene Prüfung der Einwilligungsfähigkeit. Die Entscheidung für die Einwilligungsfähigkeit erfolgt "wie allgemein bei medizinischen Behandlungen" einzelfallbezogen und ohne konkrete Altersgrenze. 23

Bei allen Arten von Behandlungen von Kindern stellt sich gegenwärtig das Problem, dass der/die Arzt/Ärztin allein und ohne hinreichende Instrumente eines Erkenntnisverfahrens beurteilen muss, ob das Kind einwilligungsfähig ist oder nicht. Bei irreversiblen und mit gravierenden Folgen verbundenen Eingriffen – wie den vorliegenden – stellt sich dieses Problem

²¹ Siehe RefE S. 17 u. 29.

²² So etwa schon die Forderung in Stellungnahme des DIJuF zum RefE, S. 5.

²³ BT-Drucks. 19/24686, S. 14.



mit besonderer Schärfe. Der Entwurf verstärkt die Dramatik dieser Entscheidung über die Einwilligungsfähigkeit dadurch, dass er so gänzlich unterschiedliche Rechtsfolgen an die Verneinung der Einwilligungsfähigkeit (dann Regime des § 1631e BGB-E) und an die Bejahung der Einwilligungsfähigkeit (dann völlige Freiheit des Minderjährigen) knüpft. Nach hier vertretener Ansicht ist es mit Blick auf die Kinder und die ÄrztInnen gleichermaßen unverantwortlich, den/die Arzt/Ärztin mit dieser Entscheidung gänzlich allein zu lassen.

Selbst der Entwurf erkennt die besonderen Schwierigkeiten an, wenn er meint, bei "Zweifeln, ob die Einwilligungsfähigkeit in einen operativen Eingriff gegeben ist, sollte das familiengerichtliche Genehmigungsverfahren nach § 1631e Absatz 3 BGB-E durchlaufen werden, da anderenfalls der Eingriff rechtswidrig sein könnte."²⁴ Auch der Bundesrat moniert zu Recht die mangelnde Rechtssicherheit.²⁵ Nicht einmal für das Familiengericht ist die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit eine einfache Aufgabe²⁶; wie soll sie dann der Arzt/die Ärztin allein seriös bewerten? Der Bundesrat weist richtig darauf hin, dass die große Divergenz bei der Beurteilung der Altersgrenze in den Stellungnahmen zum Referentenentwurf ungefähr erahnen lässt, wie weit die Einschätzungen der Einwilligungsfähigkeit im konkreten Fall auseinandergehen werden.²⁷ Zu Recht wurde daher bereits ein **qualifiziertes Verfahren zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit** gefordert.²⁸

Fazit: Die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit gänzlich dem allgemeinen Arzthaftungsrecht zu unterstellen, ist bei Eingriffen wie den vorliegenden nicht überzeugend. Es sollte ein besonderes Verfahren zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit geschaffen werden.

²⁴ BT-Drucks. 19/24686, S. 23.

²⁵ BT-Drucks. 19/24686, S. 40.

²⁶ Henn/Coester-Waltjen, FamRZ 2020, 481, 487.

²⁷ BT-Drucks. 19/24686, S. 41.

²⁸ Stellungnahme des DIJuF zum RefE, S. 5. Siehe etwa den Gesetzgebungsvorschlag bei *Lindenberg,* Rechtsfragen medizinischer Intervention bei intersexuell geborenen Minderjährigen, 2020, S. 373.



2. Weitreichende Folgen der Bejahung der Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen

Aus Perspektive des allgemeinen Arzthaftungsrechts ist es gut, dass der Entwurf dem zuweilen vertretenen Konzept der doppelten Entscheidungszuständigkeit (auch als Co-Konsens bekannt) eine Absage erteilt, indem er davon ausgeht, dass, wenn der Minderjährige einwilligungsfähig ist, allein der Minderjährige die Entscheidung zu treffen hat. Denn vom Prinzip her entwertet die Forderung nach dem Co-Konsens die Einwilligungsfähigkeit und schafft mehr neue Probleme, als alte zu lösen. Doch ob die Verneinung des Co-Konsenses auch im vorliegenden Themenkreis der geschlechtsangleichenden Eingriffe bei intergeschlechtlichen Kindern überzeugt, ist zweifelhaft.

Auch unabhängig davon fällt insgesamt auf, dass der einwilligungsfähige Minderjährige

- ohne Zustimmung der Eltern (siehe soeben) und
- ohne familiengerichtliche Genehmigung (anders noch der Referentenentwurf, § 1631c III 2 BGB-RefE) und
- ohne Beratung (anders noch für den Regelfall des Referentenentwurfs, § 1631c III 4) BGB-RefE,

mithin *völlig allein* über die – nicht einmal unbedingt medizinisch indizierten – Behandlungen in Bezug auf seine Variante der Geschlechtsentwicklung entscheiden können soll. Er könnte nach § 630e III BGB zudem theoretisch sogar auf die Aufklärung über die Risiken und Folgen des Eingriffs verzichten.³¹ Er könnte umgekehrt auch dringend erforderliche Operationen verweigern – bis hin zum schlimmsten Fall der Lebensgefahr.³²

 $^{^{30}}$ So auch die Deutung des Bundesrats, BT-Drucks. 19/24686, S. 39, der dem in der Sache indes nicht vollständig zustimmt.

³¹ Hierauf weisen – wenngleich in anderem Kontext – *Henn/Coester-Waltjen,* FamRZ 2020, 481, 487 hin.

³² So auch Bundesrat, BT-Drucks. 19/24686, S. 40.



Zwar ist der Co-Konsens als Prinzip problematisch³³, weil das familiengerichtliche Genehmigungserfordernis beim Einwilligungsfähigen systemfremd ist³⁴, doch bedeutet dies nicht, dass der Minderjährige mit der Entscheidung völlig alleingelassen werden sollte. Dies erscheint zu weitgehend.³⁵

Sinnvoll erscheint ein Mittelweg, wonach ab dem 14. Lebensjahr ein Co-Konsens von Kind und Eltern mit der (nicht nur in § 1666 III Nr. 5 BGB angelegten, sondern eigenständig in § 1631e BGB-E geregelten) Möglichkeit der Ersetzung der elterlichen Einwilligung durch das Familiengericht vorgesehen ist.³⁶ Dies würde die Sicherheit einer Mitbestimmung mit einem Ausweg bei Eltern-Kind-Dissens verbinden. Denkbar wäre auch die noch weitergehende Variante, einen Dreierkonsens von Kind, Eltern und Familiengericht zu fordern.³⁷

V. Unklarheiten bei den erfassten Behandlungen

1. Unklarheit beim Konzept "kein weiterer Grund" (Abs. 1)

§ 1631e I BGB-E verbietet jede Behandlung "die, ohne dass ein weiterer Grund für die Behandlung hinzutritt, allein in der Absicht erfolgt, das körperliche Erscheinungsbild des Kindes an das des männlichen oder des weiblichen Geschlechts anzugleichen"³⁸. Wann liegt ein davon zu trennender Grund vor und wann nur ein Motiv für die alleinige Absicht zur Angleichung des körperlichen Erscheinungsbildes? Welche weiteren Gründe sind

³³ Siehe oben und so auch Stellungnahme DFGT zum RefE, S. 10.

³⁴ Stellungnahme DIJuF zum RefE, S. 5 f.; Stellungnahme DFGT zum RefE, S. 8.

³⁵ Kritisch auch schon Stellungnahme DFGT zum RefE, S. 8.

³⁶ So § 11 II GiG-E (BT-Drucks. 19/20048, S. 9) und § 3 II SelbstBestG-E (BT-Drucks. 19/19755, S. 7).

³⁷ So der Vorschlag in der Stellungnahme DFGT zum RefE, S. 13.

³⁸ Hervorhebung d. Verf.



dies? Genügt die psychische Belastung des Kindes (mit oder ohne Krankheitswert³⁹)? Genügt vielleicht bereits die psychische Belastung eines Elternteils (mit oder ohne Krankheitswert) als "weiterer Grund"?

Fazit: Das Konzept ist nicht hinreichend klar. Wenn mit dem "weiteren Grund" (sinnvollerweise) das Vorliegen einer medizinischen Indikation gemeint ist oder eine bestimmte Gruppe oder bestimmter Grad medizinischer Indikationen, dann sollte dies auch als solches bezeichnet werden.

2. Unklarheit beim Konzept "wenn der Eingriff nicht bis zu einer selbstbestimmten Entscheidung des Kindes aufgeschoben werden kann" (Abs. 2 S. 1 a.E.)

Wie erfolgt die Nachteilsabwägung? a.

Nach § 1631e II 1 BGB-E können die Eltern in "operative Eingriffe an den inneren oder äußeren Geschlechtsmerkmalen des nicht einwilligungsfähigen Kindes mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung, die eine Angleichung des körperlichen Erscheinungsbilds des Kindes an das des männlichen oder des weiblichen Geschlechts zur Folge haben könnten und für die nicht bereits nach Absatz 1 die Einwilligungsbefugnis fehlt [...] nur einwilligen, wenn der Eingriff nicht bis zu einer selbstbestimmten Entscheidung des Kindes aufgeschoben werden kann".40

Fraglich ist, wann diese Nichtaufschiebbarkeit gegeben ist. Die Entwurfsbegründung stellt an einer Stelle darauf ab, ob der Eingriff "ohne Nachteile" für das Kind bis zu einer späteren selbstbestimmten Entscheidung des Kindes aufgeschoben werden kann.⁴¹ Dies lässt eine sehr niedrige Hürde befürchten. An anderen Stellen klingt der Entwurf, als solle bereits an dieser Stelle – im Rahmen von § 1631e II 1 BGB-E – eine umfangreiche

³⁹ Für den DJB ist sogar die Erlaubnis von Eingriffen bei seelischen Belastung des betroffenen Kindes mit konkret diagnostiziertem Krankheitswert "plausibel, aber nicht bedenkenfrei", siehe Stellungnahme des DJB zum RefE, S. 7.

⁴⁰ Hervorhebung d. Verf.

⁴¹ Zwei Nennungen auf BT-Drucks. 19/24686, S. 25.



Abwägung stattfinden, "ob die Nachteile eines unterlassenen Eingriffs im konkreten Fall schwerer und dringlicher wiegen würden als die Sicherung des Kindesinteresses, in der Zukunft eine eigene autonome Entscheidung über seine geschlechtliche Erscheinung zu treffen".⁴²

Beides erscheint mir verfehlt: Es ist sowohl ungünstig, *jeden* Nachteil ausreichen zu lassen, *als auch*, eine große Interessenabwägung bereits auf dieser Ebene, vor der Einbeziehung des Familiengerichts stattfinden zu lassen (die dem Genehmigungsverfahren des Familiengerichts einiges vorwegnehmen würde – es käme zumindest zu Doppelungen).

Besser wäre eine klarere, subsumtionsfähige gesetzliche Qualifikation des Begriffs "Nachteil". Eventuell ist etwas wie "erhebliche Nachteile für die Gesundheit und die späteren geschlechtlichen Entwicklungsmöglichkeiten" gemeint.

b. Spielraum durch den Alterskorridor bei der Einwilligungsfähigkeit

Hier wirkt sich freilich auch aus, dass der Zeitpunkt, zu dem eine selbstbestimmte Entscheidung des Kindes möglich ist, wegen des Abschieds von der fixen Altersgrenze nicht klar vorhersagbar ist.⁴³ Ist das Kind elf Jahre alt, kann je nach dem individuellen Kind und dessen Entwicklung in der Pubertät die Einwilligungsfähigkeit in Extremfällen bereits gegeben sein oder noch bis zu sieben Jahre auf sich warten lassen. So entsteht durch die Prognoseunsicherheit hinsichtlich der Einwilligungsfähigkeit enormer Spielraum bei der Beurteilung des Aufschiebenkönnens. Auch deshalb wäre eine klarere Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit (s.o.) wichtig.

⁴² BT-Drucks. 19/24686, S. 26.

⁴³ Ähnlich der Bundesrat, BT-Drucks. 19/24686, S. 44.



3. Unklare und unbefriedigende Rechtslage bei hormonellen Behandlungen

Aus dem Wortlaut von § 1631e II BGB-E ("operative Eingriffe") sowie aus der Entwurfsbegründung⁴⁴ geht hervor, dass von dem Verfahren nach § 1631e II ff. BGB-E nur operative, nicht auch hormonelle oder medikamentöse Behandlungen erfasst sein sollen.

Bereits zum RefE wurde gefordert, hormonelle Behandlungen einer eigenständigen Regelung zuzuführen⁴⁵. Dies wurde leider nur für § 1631e I BGB-E umgesetzt.

Wie bei Nichteinschlägigkeit von § 1631e I BGB-E weiter zu verfahren ist, ist recht unklar. Es wird leider aus dem Gesetzesentwurf nicht hinreichend deutlich, wie mit hormonellen und medikamentösen Behandlungen, die nicht allein der äußerlichen Angleichung dienen (dann absolutes Verbot des Absatzes 1), umzugehen ist. Der Entwurf ist wohl so auszulegen, dass sie dem bisherigen allgemeinen Regime aus Sorgerecht und Arzthaftungsrecht unterworfen sein sollen. Letzteres würde bedeuten, dass in hormonelle Behandlungen des nicht einwilligungsfähigen Kindes, die nicht unter § 1631e I BGB-E fallen, von den Eltern ohne gerichtliche Beteiligung (und ohne interdisziplinäre Kommission) eingewilligt werden kann. Dies wäre sehr problematisch.

Auch wird nicht klar, welches Regime einschlägig ist, wenn die von ärztlicher Seite angeratene Therapie eine Kombination von operativem Eingriff und medikamentöser/hormoneller Behandlung vorsehen sollte.

⁴⁴ BT-Drucks. 19/24686, S. 25.

⁴⁵ Stellungnahme DFGT zum RefE, S. 3 und 16; Stellungnahme DJB zum RefE, S. 2; *Henn/Coester-Waltjen*, FamRZ 2020, 481, 482 und 485.



VI. Probleme und Unklarheiten in Bezug auf die interdisziplinäre Kommission und ihre Stellungnahme

Das Konzept der interdisziplinären Kommission und ihre Stellungnahme (§ 1631e IV, V BGB-E) wirft mannigfaltige Probleme auf. Hier wurzeln die wahrscheinlich schwerwiegendsten Defizite des Gesetzesentwurfs.

1. Fehlende Vorgaben zum allgemeinen Rahmen

Es fällt zunächst auf, dass der Rahmen der Erstellung dieser interdisziplinären Kommissionsstellungnahme nicht geregelt ist. Welche Art von Vertrag wird zwischen wem geschlossen? Gibt es Vorgaben für die Vergütung der Kommissionsmitglieder? Kann eine Stellungnahme von den Eltern angegriffen und einer Revision zugeführt werden? Wie haften die Kommissionsmitglieder für Sorgfaltspflichtverletzungen bei der Erstellung der Stellungnahme? Freilich kann man all dies dem Schuldrecht überlassen, aber womöglich wäre etwas mehr "Rahmen" günstig.

2. Keine Vorgaben zum Procedere der Erarbeitung der Stellungnahme

Es ist nicht geregelt (und nicht in der Entwurfsbegründung angedeutet), welchem Procedere die interdisziplinäre Kommission zu folgen hat. Einige erste Fragen drängen sich auf: Welche Anforderungen werden an die Intensität der Auseinandersetzung mit dem Fall gestellt? Entscheidet die Kommission mit einfacher, absoluter Mehrheit oder Einstimmigkeit? Schreibt der Behandelnde (§ 1631e IV 1 Nr. 1 BGB-E) womöglich einen Stellungnahmeentwurf, den er den anderen Kommissionsmitgliedern zusendet und diese stimmen dem durch ihre Unterschrift (§ 1631e V 2 BGB-E) zu? Wie prüft das Gericht das Procedere des Zustandekommens der Stellungnahme?



3. Probleme bei der Zusammensetzung, Konstituierung und Fixierung

Problematisch erscheint die **Mitwirkung des Behandelnden**. Der RefE sowie der SelbstBG-E hatten explizit angeordnet, dass Sachverständiger im gerichtlichen Genehmigungsverfahren nicht der Behandelnde sein darf. Ab Nun soll im Regierungsentwurf die befürwortende Stellungnahme der interdisziplinären Kommission – verkürzt formuliert – ein normales Gerichtsverfahren weitgehend entbehrlich machen (näher unten), und der Behandelnde wird gleich an allererste Stelle der Muss-Mitglieder der interdisziplinären Kommission gesetzt (§ 1631e IV 1 Nr. 1 BGB-E). Wenn die Furcht davor, den "Bock zum Gärtner" zu machen, zum Ausschluss des Behandelnden von der Sachverständigenrolle im RefE und SelbstBG-E führt, dann sollte er auch aus der interdisziplinären Kommission ausgeschlossen bzw. nur mit reduzierter Rolle vorgesehen sein.

Die Besetzung der interdisziplinären Kommission scheint **nicht zu irgendeinem Zeitpunkt fixiert.** Denkbar ist, dass der Behandelnde, wenn Kollege A Zweifel hat und die Unterschrift der Stellungnahme verweigert, auf Kollege B zugeht, von dem er sich weniger Widerstand erwartet und ihn zum "Kommissionsmitglied" macht. Hier müssten Grenzen gesetzt oder zumindest Dokumentationspflichten vorgesehen werden.

Die fachliche Breite der Mitglieder der interdisziplinären Kommission ist unzureichend geregelt. Zwar ist vorgesehen, dass die Mitglieder "unterschiedliche kinderheilkundliche Spezialisierungen aufweisen" müssen (§ 1631e IV 2 BGB-E) und unter ihnen ein "Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinderendokrinologie und –diabetologie" sein muss (§ 1631e IV 3 BGB-E). Doch ist je nach der konkreten körperlichen Situation des Kindes denkbar, dass für eine zutreffende medizinische Beurteilung unterschiedliche Fachrichtungen vertreten sein sollten.⁴⁷ Dazu sieht der Entwurf nichts vor und es wäre illusorisch anzunehmen, dass dem

⁴⁶ Siehe § 163 III FamFG-E in der Fassung des RefE sowie des SelbstBG (BT-Drucks. 19/19755, S. 10).

⁴⁷ Siehe nur die Vielzahl der an der Leitlinie beteiligten Fachgesellschaften (https://www.awmf.org/uploads/tx szleitlinien/174-001 S2k Geschlechtsentwicklung-Varianten 2016-08 01.pdf, S. 1).



Gericht in seiner Prüfung nach § 1631e III BGB-E i.V.m. § 167 I FamFG-E selbst auffällt, dass hier sinnvollerweise noch ein Chirurg, ein Urologe oder ein Neonatologe hätte einbezogen werden sollen.

Der Gesetzesentwurf verweist für die interdisziplinären Kommissionen auf die in der S2k-Leitlinie 174/001 genannten "Kompetenzzentren". Es könne insoweit "auf vorhandene Strukturen zurückgegriffen werden", in Kompetenzzentren vom Typ A oder B bestünden "bereits heute Möglichkeiten, interdisziplinäre Fallkonferenzen abzuhalten". ⁴⁸ So ganz direkt ergibt sich dies aus der S2k-Leitlinie 174/001 nicht. Zunächst stellt die Leitlinie fest, dass "[bislang] [...] der Begriff des Kompetenzzentrums nicht abschließend definiert" sei. ⁴⁹ Die multidisziplinären Teams der Kompetenzzentren sollen in die Diagnostik (Empfehlungen 3 und 31) und die Erarbeitung des Therapiekonzepts (Empfehlung 19) eingebunden sein, nicht aber eine Stellungnahme nach dem gegenwärtigen Muster des Gesetzesentwurfs erarbeiten. Zur Bestellung und zur Verfahrensweise dieser multidisziplinären Teams sieht die Leitlinie nichts vor.

4. Unparteilichkeit und nennenswerte Berufserfahrung sind explizit nicht gewollt

Die Entwurfsbegründung erläutert ausdrücklich, dass "die Mitglieder nur nach ihrer fachlichen Qualifikation vorgegeben [sind], ohne dass zugleich zum konkreten beruflichen Hintergrund, zur Berufserfahrung, zur wirtschaftlichen Verbindung untereinander oder anderen Kriterien gesetzliche Vorgaben getroffen werden". Damit, so der Entwurf, "soll verhindert werden, dass vorhandene Strukturen an klinischen Einrichtungen disqualifiziert werden, weil einzelne Mitwirkende über geringe Berufserfahrung verfügen oder bei der Einrichtung angestellt sind". Si

⁴⁸ BT-Drucks. 19/24686, S. 28.

https://www.awmf.org/uploads/tx szleitlinien/174-001l S2k Geschlechtsentwicklung-Varianten 2016-08 01.pdf, S. 7.

⁵⁰ BT-Drucks. 19/24686, S. 29; Hervorhebung d. Verf.

⁵¹ BT-Drucks. 19/24686, S. 29.



Dies erscheint höchst unglücklich; Mindeststandards im Hinblick auf (insbesondere wirtschaftliche) Unabhängigkeit und Berufserfahrung sind unabdingbar. Damit keine Missverständnisse entstehen: Es sollen mit diesen Worten in keiner Weise die "vorhandenen Strukturen an klinischen Einrichtungen" kritisiert werden. Es geht bloß nicht an, dass an die Stellungnahme der Kommission dann die so weitreichende Folge geknüpft wird, dass das Gericht die Entscheidung weitgehend aus der Hand gibt (verkürztes Verfahren, § 1631e III 3 BGB-E i.V.m. § 167b I FamFG-E, dazu unten).

Die Entwurfsbegründung zeigt selbst auf, dass die Bedeutung der Kommissionsstellungnahme der eines Sachverständigengutachtens ähnelt.⁵² Es ist nicht ersichtlich, warum dann für die Kommission so viel geringere Anforderungen gelten als für Sachverständige (keine Auswahl durch das Gericht – vgl. § 404 ZPO; kein Ablehnungsverfahren – vgl. § 406 ZPO i.V.m. §§ 42, 41 ZPO; keine weiteren Pflichten wie nach § 407a ZPO etc.).

§ 1631e IV 4 BGB-E spricht unklar von "Erfahrung im Umgang mit Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung haben". Ausweislich der eben zitierten Begründungspassage wird deutlich, dass "geringe [Berufs-]Erfahrung"⁵³ nicht schadet. Auch dies ist unglücklich.

5. Durchführung juristischer Wertungen durch die Kommission

In der Erläuterung zu § 1631e V 1 Nr. 3 BGB-E heißt es, es müsse in der Stellungnahme "erläutert werden, ob der Eingriff aus Sicht der Kommission dem Wohl des Kindes am besten entspricht". ⁵⁵ Die **Subsumtion unter den Kindeswohlmaßstab des § 1631e II BGB-E** ist eine juristische Wertung, die nicht in die Hände der nicht-juristisch besetzten Kommission gehört.

⁵² "Sofern keine Kommissionsstellungnahme vorliegt, dürfte eine gerichtliche Genehmigung nur nach einer Beweiserhebung durch Sachverständigengutachten in Frage kommen. In der Sache müssen Aspekte berücksichtigt werden, die auch von einer interdisziplinären Kommission geprüft würden." – BT-Drucks. 19/24686, S. 33.

⁵³ BT-Drucks. 19/24686, S. 29.

⁵⁵ BT-Drucks. 19/24686, S. 31.



Ferner soll gemäß § 1631e V 1 Nr. 3 BGB-E die Stellungnahme Angaben zur "Bezeichnung des geplanten Eingriffs [benennen] und welche Indikation für diesen besteht" – so weit handelt es sich um genuin medizinische Angaben. Doch die Entwurfsbegründung führt dazu aus, dass die "interdisziplinäre Kommission [...] sich auch aus diesem Grund damit auseinandersetzen [muss], ob der Eingriff nach Absatz 1 verboten ist". Se Auch die Subsumtion unter § 1631e I BGB-E ist eine juristische Wertung, mit der die Kommission nicht belastet werden sollte.

6. Kosten

Die Kosten für die Erstellung der Stellungnahme sollen derzeit von den Eltern getragen werden⁵⁸. Wie in der Stellungnahme des Bundesrats angeregt, sollte die Gutachtenerstellung für die Eltern kostenfrei sein.⁵⁹ Es wäre schwer erträglich, wenn es von der Finanzkraft der Eltern abhinge, ob dem Kind eine intensive medizinische Beratung und Beurteilung zukommt.

7. Ungleichbehandlung von Kindern in Verfahren mit und ohne interdisziplinäre Kommissionsstellungnahme

Zu Recht weist der Bundesrat darauf hin, dass es zu einer Ungleichbehandlung von Kindern in Verfahren mit und ohne interdisziplinärer Kommissionsstellungnahme und zu einer Überforderung der Familiengerichte kommen könnte. Denkbar erscheint der Vorschlag, die – mit Blick auf oben genannte Punkte kurierte – interdisziplinäre Kommissionsstellungnahme in

⁵⁶ BT-Drucks. 19/24686, S. 30.

⁵⁸ Vgl. BT-Drucks. 19/24686, S. 37.

⁵⁹ BT-Drucks. 19/24686, S. 37.



jedem Fall zu fordern.⁶⁰ Denkbar erscheint auch, für das gerichtliche Verfahren ein bestimmtes Mindestprocedere wie die zwingende Einholung von Sachverständigengutachten vorzugeben.⁶¹

8. Fehlende zwingende Beteiligung einer in der psychosozialen Beratung von intergeschlechtlichen Kindern und deren Angehörigen geschulten und erfahrenen Person

Die hiesige Stellungnahme schließt sich dem Antrag des Bundesrats an, auch eine "in der psychosozialen Beratung von intergeschlechtlichen Kindern und deren Angehörigen geschulte und erfahrene Person" als weiteres Mitglied in der Mindestbesetzung der interdisziplinären Kommission vorzusehen.⁶²

Stärkeres Hinwirken auf Beratung durch eine intergeschlechtliche Person

Die hiesige Stellungnahme schließt sich dem Antrag des Bundesrats an, statt der derzeitigen Formulierung in § 1631e V Nr. 5 BGB-E noch deutlicher auf eine Beratung durch eine intergeschlechtliche Person hinzuwirken und einen § 1631e V Nr. 5a BGB-E einzufügen, wonach die Stellungnahme

⁶⁰ BT-Drucks. 19/24686, S. 44 f.

⁶¹ Siehe schon den RefE, dort sollte § 163 III FamFG-E wie folgt gefasst sein: "In Verfahren nach § 1631c Absatz 2 Satz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs hat eine förmliche Beweisaufnahme durch Einholung eines Gutachtens über die Erforderlichkeit des operativen Eingriffs stattzufinden. Der Sachverständige muss über eine ärztliche Berufsqualifikation verfügen und Erfahrung mit operativen Eingriffen an den inneren und äußeren Geschlechtsmerkmalen eines Kindes haben. Der Sachverständige darf nicht der Behandelnde im Sinne des § 630a Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sein." Siehe aber bspw. auch § 163 III FamFG-E in der Fassung des SelbstBestG (BT-Drucks. 19/19755, S. 10): In Verfahren über genitalverändernde Eingriffe am nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen "hat eine förmliche Beweisaufnahme durch Einholung von mindestens zwei Gutachten über die Erforderlichkeit des operativen Eingriffs stattzufinden. Der Sachverständige darf nicht der Behandelnde im Sinne des § 630a Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sein." Auch der DFGT forderte zwei (statt wie im RefE vorgesehen nur einem) Sachverständigengutachten, siehe Stellungnahme des DFGT zum RefE, S. 15.

⁶² BT-Drucks. 19/24686, S. 41 f.



sich dazu zu verhalten hat "ob eine Peer-Beratung durch eine Beratungsperson mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung oder eine Person, die eine Beratungsausbildung zu Intergeschlechtlichkeit absolviert hat, stattgefunden hat". 63

10. Fazit

Die im Gesetzesentwurf entworfene interdisziplinäre Kommission und ihre Stellungnahme ist vom Grundgedanken her begrüßenswert, weil hier erhebliche Fachkompetenz gebündelt und strukturiert aufbereitet wird. Es gab bereits begrüßenswerte Ansätze in der Literatur, die in ähnlicher Weise die Entscheidung beispielsweise einer Ethikkommission forderten.⁶⁴ Doch die Ausgestaltung der interdisziplinären Kommission, ihrer Zusammensetzung, der Anforderungen an die Mitglieder, ihrer Entscheidungsfindung, ihrer staatlichen Aufsicht und weiterer oben genannter Punkte⁶⁵ ist in erheblichem Maße unzureichend.

VII. Die vier Stufen der Eile

Es ist bereits an einigen Stellen angeklungen, aber es soll hier noch einmal zusammengefasst dargestellt werden: Ein weiteres Beispiel für übertriebene Komplexität im Regelungsansatz ist die Mehrschichtigkeit der Eilbedürftigkeit, die der Entwurf schafft. Der Entwurf kreiert ein vierschichtiges System der Eilbedürftigkeit:

⁶³ BT-Drucks. 19/24686, S. 42 f.

⁶⁴ Vgl. nur Schmidt am Busch, AöR 137 (2012), S. 441, 455 ff.

⁶⁵ Derlei "Detailregelungen" sind zu den bereits im Recht existenten Ethikkommissionen (z.B. nach § 8 TPG und § 40 AMG) gar nicht hinwegzudenken, vgl. näher *Schmidt am Busch*, AöR 137 (2012), S. 441, 456.



- Erste Stufe: Offenbar besteht stets eine gewisse Eilbedürftigkeit, denn die Begründung zum verkürzten Verfahren hält Beschleunigung für angezeigt.⁶⁶
- Zweite Stufe: Der Eingriff kann nicht bis zum Eintritt der Einwilligungsfähigkeit aufgeschoben werden (§ 1631e II 1 a.E. BGB-E).
- Dritte Stufe: Der Eingriff kann auch nicht bis zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens aufgeschoben werden (§ 1631e III 1 a.E. BGB-E).
- Vierte Stufe: Der Eingriff kann nicht einmal bis zur Einholung der Einwilligung der Eltern aufgeschoben werden (§ 630d I 4 BGB).

Ein derart mehrschichtiges, kasuistisches System der Eilbedürftigkeit ist regelungstechnisch nicht ideal. Auf der zweiten und dritten Stufe wird es zu erheblichen Prognoseunsicherheiten kommen. Soweit ersichtlich, enthält keiner der bisherigen Entwürfe ein solch übertrieben vielschichtiges Eilbedürftigkeitssystem.

VIII. Verkürzter Rechtsschutz durch das vereinfachte Verfahren, § 1631e III 3 BGB-E i.V.m. § 167b I FamFG-E

§ 1631e III 3 BGB-E i.V.m. § 167b I FamFG-E sieht vor, dass im Falle einer befürwortenden Stellungnahme der interdisziplinären Kommission ein vereinfachtes Genehmigungsverfahren stattfindet, das

- rein schriftlich,
- ohne Anhörung oder Mitwirkung des Jugendamtes (§ 162 FamFG),
- ohne persönliche Anhörung der Eltern (§ 160 FamFG) und
- ohne Bestellung eines Verfahrensbeistands (§ 158 FamFG)

⁶⁶ Siehe bei Fn. 70, 71.



abläuft (§ 167b I 2, 3 BGB-E). Denn es könne "davon ausgegangen werden, dass die Interessen des Kindes durch die Kommissionsmitglieder angemessen berücksichtigt und gewahrt wurden".⁶⁷

Warum gerade in einer für das Kind so essentiellen Angelegenheit auf die zentralen Instrumente des kindschaftsrechtlichen Verfahrens (insbes. Jugendamt, Verfahrensbeistand) verzichtet werden soll, erschließt sich nicht. Besonders drängt sich die Gefahr auf, dass es im verkürzten Genehmigungsverfahren praktisch kaum noch zu einer echten eigenständigen Prüfung des Gerichts kommt. Der Stellungnahme der interdisziplinären Kommission wird sehr großes Gewicht zukommen. Die eben hervorgehobenen Unklarheiten zu Unabhängigkeit, Pflichten und Entscheidungsmodus der Kommissionsmitglieder werden hier umso virulenter. Diese interdisziplinäre Kommission kann Jugendamt und Verfahrensbeistand nicht ersetzen. Auch fällt auf, dass der interdisziplinären Kommission keine Juristlnnen angehören müssen, die rechtliche Abwägung zur Bejahung des hier relevanten Kindeswohlmaßstabs aber durchaus komplex ist (siehe die Nennung von Abwägungsfaktoren im Gesetzesentwurf⁶⁸) und Juristlnnen vorbehalten bleiben muss.

Es ist nicht ersichtlich, warum hier unbedingt ein derart abgekürztes Genehmigungsverfahren erforderlich sein soll: Wenn der Eingriff eilig ist (Fälle des § 1631e III 1 BGB-E und des § 630d I 4 BGB) oder im Laufe des Genehmigungsverfahrens wird⁶⁹, entfällt das Genehmigungserfordernis ohnehin. Gleichwohl kommt es dem Entwurf gerade auf **Zeitersparnis** an: So heißt es, der Verfahrensbeistand sei "zur Beschleunigung" entbehrlich⁷⁰ und das vereinfachte Verfahren ermögliche es, "möglichst zügig"⁷¹ zu entscheiden.

⁶⁷ BT-Drucks. 19/24686, S. 33.

⁶⁸ BT-Drucks. 19/24686, S. 27.

⁶⁹ BT-Drucks. 19/24686, S. 27.

⁷⁰ BT-Drucks. 19/24686, S. 33.

⁷¹ BT-Drucks. 19/24686, S. 33.



Wohltuend ist demgegenüber beispielsweise in § 3 I 6 und II 3 SelbstBestG-E⁷² sowie in § 1631e S. 4 BGB-E i.d.F. d. Gesetzesentwurfs "Geschlechtervielfalt im Recht"⁷³— mit Blick auf § 158 I FamFG bekräftigend – festgehalten, dass in familiengerichtlichen Verfahren über geschlechtszuweisende oder -angleichende resp. genitalverändernde Eingriffe am nicht einwilligungsfähigen⁷⁴ Minderjährigen die **Bestellung eines Verfahrensbeistandes "stets erforderlich"** ist. ⁷⁶ Ähnlich war noch im Referentenentwurf richtigerweise die Liste der Regelbeispiele für die Notwendigkeit der Verfahrensbeistandsbestellung (§ 158 II FamFG) um die Fälle es § 1631c II 2 BGB-RefE ergänzt worden. ⁷⁷

Das verkürzte schriftliche Verfahren soll nur dann eingreifen, wenn für das Gericht "keine Gründe ersichtlich sind, die einer Genehmigung entgegenstehen" (§ 167b I 1 BGB-E).⁷⁸ Dies soll der Fall sein, "wenn die Stellungnahme plausibel ist und insgesamt überzeugend darlegt, warum der Eingriff befürwortet wird, sowie in der Stellungnahme die weiteren in Absatz 5 niedergelegten Angaben enthalten und die Anforderungen an die Besetzung der Kommission nach Absatz 4 erfüllt" sind; anders etwa, wenn "die Stellungnahme Unstimmigkeiten [enthält] oder […] etwas unklar" bleibt⁷⁹ oder wenn sie "widersprüchlich oder lückenhaft ist oder Anhaltspunkte bestehen, dass [sie] nicht hinreichend abgewogen ist".⁸⁰ Dies ist zu wenig. Es

⁷² BT-Drs. 19/19755, S. 7; Hervorhebung d. Verf.

⁷³ § 1631e S. 4 BGB-E i.d.F. d. Gesetzesentwurfs "Geschlechtervielfalt im Recht" verzichtet auf das Tatbestandsmerkmal des Vorliegens von Varianten der Geschlechtsentwicklung: "Sorgeberechtigte Personen können nicht in einen geschlechtszuweisenden oder -angleichenden medizinischen Eingriff an den Genitalien oder Keimdrüsen des nicht einsichtsund urteilsfähigen Kindes einwilligen, es sei denn …", vgl. https://www.bmfsfj.de/blob/114066/8a02a557eab695bf7179ff2e92d0ab28/imag-band-8-geschlechtervielfalt-im-recht-data.pdf, S. 76.

⁷⁴ I.F.d. SelbstBestG-E ebenso am einwilligungsfähigen Kind.

⁷⁶ Korrespondierend soll nach dem SelbstBestG-E § 158 II FamFG um eine Ziffer 6 ergänzt werden, die auf § 3 I, II SelbstBestG-E verweist BT-Drs. 19/19755, S. 10.

⁷⁷ Zust. auch Stellungnahme des DFGT zum RefE, S. 13.

⁷⁸ Hervorhebung d. Verf.

⁷⁹ BT-Drucks. 19/24686, S. 28.

⁸⁰ BT-Drucks. 19/24686, S. 33.



findet keine hinreichende Prüfung der Entscheidungsfindung in der Kommission und der Besetzung der Kommission durch das Gericht statt.

Es ist, ohne dass dies im Entwurf explizit behandelt würde, anzunehmen, dass es im verkürzten Verfahren auch nicht zur Einholung eines oder mehrerer Sachverständigengutachten kommen wird. Dies ist bedauerlich.

Ob es zu einer persönlichen Anhörung des Kindes kommt, ist im Entwurf nicht spezifisch adressiert. Dies richtet sich nach allgemeinen Regeln (§ 159 FamFG).81 Es wäre wünschenswert, hervorzuheben, dass eine persönliche Anhörung des Kindes in aller Regel stattfinden soll. Die Entwurfsbegründung geht leider in eine ganz andere Richtung. Hier heißt es, dass davon ausgegangen werde, dass bei Kleinkindern eine Anhörung "in der Regel entbehrlich" sein dürfte.82

Kurz: Die befürwortende interdisziplinäre Kommissionsstellungnahme soll für den Normalfall den Verfahrensbeistand, die Sachverständigengutachten, die mündliche Verhandlung, die persönliche Anhörung der Eltern und die Mitwirkung des Jugendamtes entbehrlich machen. Dies wäre schon bei einer Idealregelung der interdisziplinären Kommission problematisch; angesichts der Lücken in der Ausgestaltung der interdisziplinären Kommission ist es nachgerade alarmierend.

Fehlende flankierende Regelungen IX.

1. Eigenständiger Beratungsanspruch

In § 1631e V 1 BGB-E ist die Rede von einer Beratung der Eltern (Nr. 5) und des Kindes (Nr. 7). Es wurde bereits zum RefE richtigerweise und vielfach darauf hingewiesen, dass über die allgemeine Beratung nach SGB VIII hinaus ein spezialgesetzlicher Beratungsanspruch geschaffen werden sollte.84 Ein eigener, spezialgesetzlicher (und fortlaufender) Beratungsanspruch

⁸¹ BT-Drucks. 19/24686, S. 32 f.

⁸² BT-Drucks. 19/24686, S. 33.

⁸⁴ Stellungnahme des DIJuF zum RefE, S. 2 und Stellungnahme des DFGT zum RefE, S. 17; ähnlich Stellungnahme des LSVD zum RefE, S. 3.



des Kindes und der Eltern entspräche auch den Vorschlägen des Ethikrats.⁸⁵ Ein Beispiel für einen solchen Beratungsanspruch enthält § 5 SelbstBestG-E.⁸⁶

2. Entschädigungsfonds

Auf internationaler Ebene wird bereits seit langem von Deutschland gefordert, geschehenes Unrecht an intergeschlechtlichen Menschen aufzuarbeiten und sie zu entschädigen.⁸⁷ Der Entwurf sieht nichts derartiges vor.

3. Schulungen für RichterInnen und medizinisches Personal

Angesichts der besonderen Herausforderungen der medizinischen und rechtlichen Fragen intergeschlechtlicher Kinder sollte gewährleistet sein, dass die RichterInnen und das medizinische Personal hinreichend geschult sind. Der Entwurf sieht hierzu nichts vor.

4. Zentralregister und Berichtspflicht

Die vorliegende Stellungnahme schließt sich der Anregung an, die Patientenakte in einem **Zentralregister** zu speichern. ⁸⁸ Zudem wird der Anregung gefolgt, eine **Berichtspflicht** der Familiengerichte zu fordern, um eine Erfassung zu ermöglichen, wie viele Ausnahmegenehmigungen nach § 1631e II ff. BGB-E aus welchen Gründen jährlich erteilt werden. ⁸⁹

⁸⁵ Vgl. Ethikrat, Stellungnahme Intersexualität, 2012, S. 173 Thesen 9.2 und 9.3.

⁸⁶ BT-Drucks. 19/19755, S. 8.

 ⁸⁷ Vgl. nur United Nations, Committee against Torture, 45th session, 12.12.2011, CAT/C/DEU/CO/5, Concluding observations of the Committee against Torture: Germany,
 S. 7 Nr. 20 lit. b (https://www2.ohchr.org/english/bod-ies/cat/docs/co/CAT.C.DEU.CO.5 en.pdf).

⁸⁸ BT-Drucks. 19/24686, S. 43.

⁸⁹ Tolmein, medstra 2019, 131, 137.



5. Zügigere Evaluation

Art. 6 des vorliegenden Gesetzesentwurfs sieht eine Evaluation nach **zehn Jahren** vor. 90 Dies erscheint insbesondere angesichts des Werts der betroffenen Rechtsgüter **deutlich zu lang**. Eine erste Evaluation sollte bereits nach **ein bis zwei Jahren** erfolgen.

X. Fazit

Der Regierungsentwurf verfolgt ein wichtiges und dringliches Ziel. Er hat viele Schwächen des Referentenentwurfs beseitigt, leider aber zugleich auch sehr viele gravierende neue Schwächen geschaffen. Er sollte zum Wohl der betroffenen Kinder im weiteren Gesetzgebungsverfahren dringend nachgebessert werden.

⁹⁰ BT-Drucks. 19/24686, S. 8.



Deutscher Bundestag Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz – Sekretariat –

per E-Mail:

rechtsausschuss@bundestag.de

hr Zeichen: Ihre Nachricht vom: Unser Zeichen: Datum:

PA 6 – 5410-2.2 12.1.2021

bigas

Bremer Institut für deutsches, europäisches und internationales Gender-, Arbeits- und Sozialrecht

Fachbereich 06 Rechtswissenschaft

Prof. Dr. iur. Konstanze Plett, LL.M. Professorin i.R.

Universitätsallee GW 1, Raum C 1110 28359 Bremen

Telefon (0421) 218 – 66 090 Fax (0421) 218 – 66 087 E-Mail plett@uni-bremen.de

www.jura.uni-bremen.de

Stellungnahme für die öffentliche Anhörung am 13. Januar 2021 zu dem Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung – BT-Drucksache 19/24686 –

Vorbemerkung

Das Gesetz hat zum Ziel, das Recht auf geschlechtliche Selbstbestimmung, also einen Unterfall des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts, von Kindern zu schützen. Die vorgesehenen Maßnahmen sind beschränkt auf Kinder "mit Varianten der Geschlechtsentwicklung" als besonders vulnerabler Gruppe, obgleich das Recht allen Menschen und damit auch allen Kindern zukommt.

Vorausgegangen ist diesem Gesetzesentwurf ein Referentenentwurf von Anfang letzten Jahres, der unter Berücksichtigung der vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz eingeholten Stellungnahmen¹ zum Teil erheblich überarbeitet wurde.

Persönlich begrüße ich vor allem den Wegfall einer starren Altersgrenze zur Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger in die fraglichen Behandlungen, die Verlängerung der Aufbewahrungsfrist für Patientenakten auf 30 Jahre ab Volljährigkeit, die Konkretisierungen zur gutachterlichen Kommission sowie die Aufnahme einer Evaluierungsklausel. Gleichwohl bleiben einige Kritikpunkte, von denen aus meiner Sicht der gewichtigste das Fehlen von Bestimmungen

Knapp 50 Stellungnahmen hat des BMJV unter https://www.bmjv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/DE/Verbot OP Geschlechtsaenderung Kind.html zugänglich gemacht.



Seite 2 von 15

über eine koordinierte Dokumentation beabsichtigter und durchgeführter medizinischer Behandlungen ist, um erstens der menschenrechtlichen Zielsetzung zur Wirksamkeit zu verhelfen und zweitens eine aussagekräftige Evaluierung zu ermöglichen.

Meine Stellungnahme ist geleitet von der Frage, ob die vorgesehenen Maßnahmen so ausgestaltet sind, dass den Kindern ermöglicht wird, ihr Recht auf geschlechtliche Selbstbestimmung wahrzunehmen bzw., falls sie in diesem Recht verletzt werden, dafür vorgesehene gesetzliche Sanktionen ihnen auch tatsächlich zu Gebote stehen.

Zu Artikel 1, § 1631e Absätze 1 bis 5 BGB-E

Inhalt der Regelungen

Die Absätze 1 bis 3 bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Eltern wirksam in bestimmte medizinische Behandlungen ihrer minderjährigen Kinder einwilligen können; die Absätz 4 und 5 enthalten Bestimmungen zu einer (nichtständigen) Kommission, die im Verfahren Bedeutung erlangen kann, aber nicht verbindlich ist. Aufgrund der Verwendung des Begriffs "Personensorge" in Absatz 1 gilt § 1629 BGB; dieser regelt, wie die Personensorge ausgeübt wird, sollten die Eltern an der Ausübung des Sorgerechts tatsächlich oder rechtlich verhindert sein. Der Begriff "Eltern" in den folgenden Absätzen ist deshalb so zu lesen, dass damit die Person oder Personen gemeint ist oder sind, die aktuell das Sorgerecht für das Kind, um das es geht, innehat oder innehaben.

Ausgangspunkt für den neu zu schaffenden § 1631e BGB ist § 630d BGB. Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme ist die Einwilligung des Patienten einzuholen (§ 630d Abs. 1 Satz 1 BGB); ist dieser einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung "eines hierzu Berechtigen" einzuholen (Satz 2); handelt es sich um eine "unaufschiebbare Maßnahme", sodass die Einwilligung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann, "darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht" (Satz 4). Satz 3 lautet: "Weitergehende Anforderungen an die Einwilligung aus anderen Vorschriften bleiben unberührt." Um eine solche andere Vorschrift handelt es sich bei § 1631e BGB-E.

Eine ohne Einwilligung durchgeführte medizinische Maßnahme ist, sofern nicht die Ausnahme des § 630d Abs. 1 Satz 4 BGB vorliegt, eine rechtswidrige Körperverletzung, die gemäß §§ 223 ff. StGB strafbar ist und gemäß §§ 823 ff. BGB zivilrechtliche Schadensersatzansprüche auslöst (BT-Drucksache 19/24686 [im Folgenden: Begr.], S. 14) Sind die Voraussetzungen für eine wirksame Einwilligung der Sorgeberechtigten in die Behandlung des Kindes nicht gegeben – sei es, dass sie gesetzlich ausgeschlossen ist (§ 1631e Abs. 1 BGB-E), sei es, dass sie zwar rechtlich



Seite 3 von 15

möglich, aber aufgrund der weiteren Voraussetzungen unwirksam ist (Abs. 2 und 3) –, bleibt es bei den straf- und zivilrechtlichen Sanktionen.

§ 1631e BGB-E unterscheidet drei Fallgruppen, wobei für alle gilt, dass es um die Behandlung eines nicht einwilligungsfähigen Kindes mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung geht:

- 1. Die Behandlung soll einzig und allein das körperliche Erscheinungsbild des Kindes an das des weiblichen oder männlichen Geschlechts angleichen → Vertretung des Kindes für die erforderliche Zustimmung zur Behandlung ausgeschlossen → Behandlung rechtswidrig.
- 2. Operative Eingriffe, bei denen die Angleichung des körperlichen Erscheinungsbildes nur eine mögliche Folge ist, d.h. es außerdem (mindestens) einen weiteren Grund für den Eingriff gibt <u>und</u> der Eingriff nicht aufgeschoben werden kann, bis das Kind einwilligungsfähig ist → Vertretung des Kindes für die erforderliche Einwilligung in den Eingriff zulässig → Eingriff rechtmäßig <u>unter der weiteren Voraussetzung</u>, dass die Einwilligungserklärung vom Familiengericht genehmigt wurde.
- 3. Wie 2., aber der Eingriff ist so dringlich, dass keine familiengerichtliche Genehmigung abgewartet werden kann → Vertretung des Kindes für die erforderliche Einwilligung in den Eingriff zulässig → Eingriff rechtmäßig.

Fallgruppe 1 entspricht der gegenwärtigen Rechtslage,² stellt insoweit also nur eine Konkretisierung dar, die in Anbetracht der Diskussion des Themas in den letzten zehn Jahren allerdings zu begrüßen ist.

Fallgruppe 2 ist in § 1631e Abs. 2 und 3 BGB-E als Ausgangsfall geregelt. Aus der Beschränkung auf "operative Eingriffe" – Abs. 1 gilt generell für "Behandlungen" – folgt, dass medikamentöse oder sonstige Behandlungen, die eine Angleichung des körperlichen Erscheinungsbildes "zur Folge haben können", von der Ausnahme, die Abs. 2 gegenüber Abs. 1 darstellt, nicht erfasst sind, in sie also nicht eingewilligt werden kann, solange das Kind selbst nicht einwilligungsfähig ist.

Fallgruppe 3 unterscheidet sich von Fallgruppe 2 dadurch, dass in diesem Fall die Eingriffe so dringlich sind, dass nicht einmal die Genehmigung der elterlichen Einwilligungserklärung durch das Familiengericht abgewartet werden kann, allerdings mit weitreichenden Folgen. Denn dann entfällt nicht nur das Rechtmäßigkeitserfordernis der familiengerichtlichen Genehmigung für den Eingriff, sondern auch die Befassung einer interdisziplinären Kommission gemäß § 1631e Abs. 4 und 5 BGB-E, da diese in das gerichtliche Verfahren eingebunden ist.

Vgl. statt vieler Britt Tönsmeyer, Die Grenzen der elterlichen Sorge bei intersexuell geborenen Kindern de lege lata und de lege ferenda, Baden-Baden 2012, S. 172 f. und passim.



Seite 4 von 15

Kritik an den Regelungen

Absatz 3 Satz 1, Ausnahme vom Genehmigungsverfahren

Es erschließt sich nicht wirklich, wonach die Frist zwischen Feststellung der Notwendigkeit eines operativen Eingriffs und des geplanten Durchführungstermins für die Ausnahme vom Genehmigungsverfahren bestimmt sein soll. Absolute Notfälle unterfallen weiterhin dem § 630d Abs. 1 Satz 4 BGB (so auch Begr., S. 27). Es muss also zugleich eine Frist gegeben sein, die einerseits früher endet, als die Einwilligungsfähigkeit des Kindes beginnt, andererseits länger ist als von jetzt auf gleich. Familiengerichte sind gewohnt, in Eilsachen auch binnen Tagen oder weniger Wochen zu entscheiden.

Laut der Begründung (S. 26 unten) ist mit der Ausnahme von der Genehmigungspflicht keine Änderung gegenüber der geltenden Rechtslage beabsichtigt: "Eltern und Ärztinnen und Ärzte [entscheiden] über die Notwendigkeit des Eingriffs". Sollen diese zugleich darüber entscheiden, wie lange es wohl dauern würde, bis eine familiengerichtliche Genehmigung vorläge?

Die Begründung geht auch auf die Konstellation ein, dass der beabsichtigte operative Eingriff dringlicher wird, während ein Genehmigungsverfahren bereits läuft. Aber auch hier scheint mir die Begründung (S. 27 oben) eher umständlich als vereinfachend: "Wenn nicht zu erwarten ist, dass die Genehmigung rasch erteilt wird, ist in einem solchen Fall ebenfalls ein operativer Eingriff ohne Genehmigung möglich." Nochmals: Wer entscheidet darüber, wie lange das Familiengericht bis zur Genehmigung braucht? Darüber können Eltern doch nur spekulieren, d.h. sie müssten ohnehin beim Familiengericht nachfragen; dieses könnte/würde dann, wenn die Sache dringlicher geworden ist, sie zu einer Eilsache machen und sehr schnell entscheiden. Statt dessen soll laut Begründung (S. 27) das Familiengericht "die Eltern auf die ausnahmsweise gegebene Genehmigungsfreiheit hinweisen". Das erscheint doch recht kompliziert, zumal, wenn die Entscheidung des Familiengerichts tatsächlich nicht abgewartet werden kann, ein Fall des § 630d Abs. 1 Satz 4 BGB vorläge.

Insgesamt erscheint mir das Regel-Ausnahme-Verhältnis des § 1631e Abs. 3 Satz 1 BGB-E fragwürdig, vor allem deshalb, weil mit der Antwort auf die Frage der gegebenen oder nicht gegebenen Genehmigungsbedürftigkeit zugleich über Rechtmäßigkeit oder Rechtswidrigkeit des Eingriffs entschieden wird.

Zum Genehmigungsverfahren und der "interdisziplinären Kommission"

Nach § 1631 Abs. 3 Satz 2 BGB-E hat das Familiengericht die Einwilligungserklärung der Eltern, die gemäß Abs. 2 Satz 1 abzugeben ist, dann zu genehmigen, "wenn der geplante Eingriff dem Wohl des Kindes am besten entspricht". Das ist an sich selbstverständlich, hier jedoch im Zu-



Seite 5 von 15

sammenhang mit § 1631 Abs. 3 Satz 3 BGB-E zu lesen, der die gesetzliche Vermutung aufstellt, dass das Kindeswohl gewahrt ist, wenn "die Eltern dem Familiengericht eine den Eingriff befürwortende Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission nach Absatz 4" vorlegen. Was die Kommission zu beurteilen und zu dokumentieren hat, ist in § 1631 Abs. 5 BGB-E bestimmt.

Dazu folgende Anmerkungen:

- 1, Die interdisziplinäre Kommission ist keine ständige Kommission. Das ist problematisch, wenn die Eltern ihrem Antrag an das Familiengericht bereits eine Kommissionsentscheidung beifügen können sollen. So begrüßenswert es ist, dass nicht ein einzelner Arzt oder eine einzelne Ärztin die medizinische Fragen beurteilen sollen: Wie sollen Eltern eine solche Kommission finden oder selbst zusammenstellen, und das noch auf eigene Kosten?
- 2. Deshalb wäre besser, wenn die Sachverständigen vom Familiengericht bestellt würden. Es könnte bei der Festlegung bleiben, dass mindestens oder jedenfalls möglichst die in Abs. 4 Satz 1 genannten Personen hinzugezogen werden. Das hätte den weiteren Vorteil, dass damit das bereits im Vorwege häufig kritisierte Problem der Kostenlast für die Eltern gemildert wäre; dann müssten die Eltern nicht unbedingt in Vorleistung treten, weil bei Verfahrenskostenhilfe diese Kosten berücksichtigt werden können.
- 3. Bleibt es bei der Regelung des Gesetzentwurfs, ist ferner problematisch, dass der oder die Behandelnde gemäß Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 auf jeden Fall Mitglied dieser Kommission sein soll; denn dadurch kommt diesem Kommissionsmitglied eine Doppelrolle zu: Mitentscheidung über eine Vorfrage für die Rechtmäßigkeit des Eingriffs, nachdem höchstwahrscheinlich der_die Behandelnde schon vorher den Eingriff für geboten gehalten hat. Ein Rollen- oder Interessenkonflikt ist damit vorprogrammiert.
- 4. Nicht geregelt ist, was mit einer vor Stellung des Antrags eingeholten, aber nicht befürwortenden Stellungnahme geschieht. Zu hoffen ist natürlich, dass dann von dem geplanten Eingriff überhaupt abgesehen wird. Aber wenn die Eltern den Eingriff unbedingt wollen, können sie den Antrag auf Genehmigung auch ohne eine solche Kommissionsstellungnahme beim Familiengericht stellen. Dürfen sie verschweigen, dass bereits eine ablehnende Stellungnahme vorliegt? Dieser Konflikt würde ebenfalls vermieden, wenn die Kommissionstätigkeit in das Gerichtsverfahren integriert wäre.
- 5. Der Katalog der Aspekte, den die Kommission in ihrer Stellungnahme zu dokumentieren hat (§ 1631 Abs. 5 BGB-E), ist grundsätzlich sehr zu begrüßen. Offen bleibt aber, wie die Kommission zu ihrem Ergebnis kommt, ob und zu welchen Punkten unterschiedliche Meinungen diskutiert wurden sowie ob es sich beim Gesamtergebnis um eine einstimmige Entscheidung oder eine Mehrheitsentscheidung handelt. Laut Begründung (S. 32 oben) sollen die Kommissionsmitglieder mit ihrer Unterschrift zugleich erklären, "dass sie sich die Ausführungen der



Seite 6 von 15

Stellungnahme zu eigen machen". Das ist im Gesetzentwurf jedoch nicht so formuliert. Da ich als Mitglied eines Gremiums eine Entscheidung auch dann mittragen kann, wenn ich in Einzelfragen oder insgesamt überstimmt worden bin, führt das Erfordernis des Abs. 5 Satz 2 möglicherweise sogar zu unzutreffenden, um nicht zu sagen irreführenden Schlussfolgerungen: Teiloder Gesamtdissense wären nur durch Unterschriftverweigerung deutlich zu machen; das geht aus dem Wortlaut des Gesetzentwurfs jedoch nicht hervor. Auch für die anschließende Wertung durch das Gericht entstehen dadurch aufgrund der Vermutungsregelung (Abs. 3 Satz 3) Probleme. Es handelt sich nicht um eine unwiderlegliche Vermutung; wenn aus der Stellungnahme aber nicht zugleich hervorgeht, ob und an welchen Punkten unterschiedliche Einschätzungen in der Kommission vertreten waren, sind dem Gericht Anhaltspunkte für eine Nachermittlung entzogen.

Ergänzend sei zu zwei Änderungsanträgen des Bundesrates (Drucksache 566/20(Beschluss), Nr. 6 und 7, S. 6-8 = BT-Drucksache 19/24686, S. 41-43) Folgendes angemerkt. Nach Nr. 6 soll auch "eine in der psychosozialen Beratung von intergeschlechtlichen Kindern und deren Angehörigen geschulte und erfahrene Person" der Kommission angehören. Nach Nr. 7 ist die Anforderung an die Person, die gegebenenfalls beraten hat – was dann in die Kommissionsstellungnahme aufzunehmen ist –, etwas anders charakterisiert, nämlich als "Beratungsperson mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung oder eine Person, die eine Beratungsausbildung zu Intergeschlechtlichkeit absolviert hat". Gleichwohl wäre nicht ausgeschlossen, dass es sich im konkreten Einzelfall um dieselbe Person handelt. Dann wäre auch diese in einer Doppelfunktion tätig. Das halte ich im Interesse des Kindes für problematisch, insbesondere da aufgrund der eben unter 5. genannten Bedenken nicht ausgeschlossen werden kann, dass diese Person in der Kommission überstimmt wird oder zu Teilaspekten Bedenken geäußert hat, ihr aufgrund der Unterschriftsleistung dennoch die gesamte Stellungnahme zugerechnet würde.

Wiederkehrende Eingriffe

Ein anderes Bedenken des Bundesrates teile ich hingegen, und zwar, dass das Gesetz klarstellen sollte, dass Bougieren verboten ist (Drucksache 566/20(Beschluss), Nr. 1, S. 1 f. = BT-Drucksache 19/24686, S. 36 f.). Die Bundesregierung hat dies in ihrer Gegenäußerung mit der Begründung abgelehnt, "dass nicht eine einzige Einwilligung in das Bougieren über einen jahrelangen Zeitraum mit mehreren Terminen ausreicht, sondern für jede einzelne Behandlung die Einwilligung erneut erteilt werden muss" (BT-Drucksache 19/24686, S. 46). Aber darin liegt genau das Problem. Denn Bougieren ist eine Behandlung, die unter § 1631e Abs. 1 BGB-E fällt, für die eine Einwilligung augeschlossen ist. Da es sich nicht um einen operativen Eingriff handelt, kommt auch eine genehmigte Einwilligung gemäß Abs. 2 und 3 nicht in Betracht. Ferner wird, wenn eine Neovagina angelegt wurde, häufig den Eltern selbst aufgegeben, regelmäßiges Bougie-



Seite 7 von 15

ren vorzunehmen. Insofern ist der Bundesregierung zwar zuzustimmen, dass Einwilligungen nur jeweils einzelne Eingriffe betreffen (dürfen), aber beim Sachverhalt des Bougierens führt das nicht weiter.

Um dem schon nach geltendem Recht bestehenden Verbot geschlechtsangleichender Behandlungen an nicht einwilligungsfähigen Kindern, das mit § 1631e Abs. 1 BGB-E nur noch einmal expliziert wird, zu Geltung verhelfen, sollte Abs. 2 zur Klarstellung insoweit ergänzt werden, dass er auch dann nicht nur Anwendung kommen kann, wenn ein an sich erlaubter operativer Eingriff zu Folgebehandlungen führt, die nach Abs. 1 verboten sind.

Abgrenzungsproblem: Feststellung der Einwilligungsfähigkeit

Behandlungen einwilligungsfähiger Minderjähriger, um "das körperliche Erscheinungsbild des Kindes an das des männlichen oder des weiblichen Geschlechts anzugleichen", sind zulässig (Umkehrschluss aus § 1631e Abs. 1 BGB-E). Erforderlich ist dann deren Einwilligung gemäß § 630d Abs. 1 Satz 1 BGB sowie zum Abschluss des Behandlungsvertrages grundsätzlich die Zustimmung der Sorgeberechtigten. Bei Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit hat der Eingriff zu unterbleiben (Begr., S. 23 Mitte). Ob Einwilligungsfähigkeit gegeben ist oder nicht, bestimmt aber auch darüber, ob bei operativen Eingriffen gemäß Abs. 2 das familiengerichtliche Genehmigungsverfahren gemäß Abs. 3 durchzuführen ist oder nicht. Ich habe Zweifel, ob die Entscheidung hierüber den behandelnden Ärzt_innen und/oder den Eltern überlassen bleiben kann, insbesondere im Hinblick darauf, dass die Frage der Einwilligungsfähigkeit auch in Jahre oder gar Jahrzehnten später durchgeführten Gerichtsverfahren entscheidungserheblich ist, wenn ein (ehemaliges) Kind überprüfen lässt, ob die an ihm vorgenommene Behandlung oder der an ihm vorgenommene operative Eingriff rechtmäßig war oder nicht.

Unter diesem Aspekt scheint mir sinnvoll zu sein, auch eigene Einwilligungserklärungen Minderjähriger von einer familiengerichtlichen Genehmigung abhängig zu machen, jedenfalls, wenn sie jünger als 16 Jahre sind. Schließlich handelt es sich bei der Einwilligungsfähigkeit auch um eine Rechtsfrage, und Familiengerichte haben – unabhängig davon, ob sie in die Materie der Varianten der Geschlechtsentwicklung eingearbeitet sind oder nicht – Erfahrung im Umgang mit Kindern und der Feststellung ihres Reifegrades. Für die medizinischen und sozialpsychologischen Fragen wäre auch in diesem Fall der Sachverstand, wie für die Kommission in Abs. 4 beschrieben, heranzuziehen, und die in Abs. 5 genannten Aspekte wären aufzuklären.

-

Auf die besondere Frage, ob bei gesetzlich versicherten Minderjährigen u.U. die elterliche Zustimmung entbehrlich ist, weil sie aus der Behandlung nur einen rechtlichen Vorteil erlangen (§ 107 BGB), kann hier nicht näher eingegangen werden.



Seite 8 von 15

Feststellung der Aufschubfristen

Dasselbe gilt für die unterschiedlichen Aufschubfristen, die der Gesetzentwurf enthält (zum einen, wie oben dargestellt, bis zur Einwilligungsfähigkeit des Kindes, zum anderen kürzer, aber länger als im Notfall). Da nach dem Entwurf die nicht vom Familiengericht genehmigte elterliche Einwilligung dann zur Rechtswidrigkeit des Eingriffs führt, wenn die Genehmigung an sich erforderlich wäre, spricht auch unter diesem Gesichtspunkt m.E. alles dafür, diese Ausnahme gerade nicht zuzulassen und es für Akutfälle bei § 630d Abs. 1 Satz 4 BGB zu belassen.

Fazit und Vorschläge zu § 1631e Absätze 1 bis 5 BGB-E

- 1. In allen Fällen, in denen ein operativer Eingriff gemäß § 1631e Abs. 2 BGB-E geplant ist, ist die in Vertretung des Kindes des Kindes erklärte Einwilligung der Sorgeberechtigten (§ 630d Abs. 1 Satz 2 BGB) durch das Familiengericht zu genehmigen, auch in denen, die im Entwurf von dem Erfordernis ausgenommen sind. Für Notfälle, in denen nicht einmal ein tageweiser Aufschub zur Abwendung einer Gefahr für Leib oder Leben möglich ist, gilt die Regelung des § 630d Abs. 1 Satz 4 BGB. Im Übrigen gibt es das familiengerichtliche Eilverfahren.
- 2. Das Gericht überprüft im Wege des Amtsermittlungsgrundsatzes gemäß § 26 FamFG, ob die Voraussetzungen für eine wirksame stellvertretende Einwilligungerklärung vorliegen:
- Aufschub bis zur Einwilligungsfähigkeit des Kindes nicht möglich,
- Wahrung des Kindeswohls.

Das Gericht soll möglichst die in § 1631e Abs. 4 BGB-E genannten Personen als Sachverständige bestimmen und um gutachterliche Äußerung bitten unter Berücksichtigung der in Abs. 5 genannten Aspekte. Soweit sämtliche Stellungnahmen befürwortend sind, keine Widersprüche bestehen und die Sorgeberechtigten nicht widersprechen, kann das Verfahren auch im schriftlichen Wege betrieben werden.

3. Sind Minderjährige zwar einwilligungsfähig, aber noch keine 16 Jahre alt, bedarf <u>ihre</u> Einwilligung der Genehmigung durch das Familiengericht.

Aufbewahrungfrist von Patientenakten: Artikel 1, § 1631e Abs. 6 BGB-E und Artikel 2

Zu begrüßen ist die Verlängerung der Aufbewahrungsfrist in § 1631e Abs. 6 BGB-E auf 48 Jahre ab Geburt, unabhängig vom Zeitpunkt des Eingriffs, ebenso wie die Übergangsregelung in Art. 2 des Gesetzentwurfs, der die lange Frist auf Altfälle ausdehnt, sofern die zehnjährige Frist des § 630f Abs. 3 BGB noch nicht abgelaufen ist. Eine entsprechende Frist hatte schon der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme von 2012 angemahnt (BT-Drs. 17/9088, S. 54). Ein Zeit-



Seite 9 von 15

raum von 48 Jahren entspricht strukturell einer Verjährungsfrist von 30 Jahren, die erst ab Volljährigkeit der berechtigten Person zu laufen beginnt. Allerdings sieht der Gesetzentwurf keine Änderung der geltenden Verjährungsbestimmungen vor, sodass sowohl die strafrechtliche Verfolgung eines gemäß §§ 223 ff.StGB i.V.m. § 1631e BGB-E rechtswidrigen Eingriffs als auch zivilrechtliche Schadensersatzansprüche gemäß §§ 823 ff. BGB i.V.m. § 1631e BGB-E vor Ablauf der 48 Jahre verjährt sein können. Danach bestünde in der langen Aufbewahrung der Patientenakten als "Gewinn" für das ehemalige Kind, an dem der rechtswidrige Eingriff vorgenommen wurde, nur noch in der Möglichkeit der Kenntnisnahme zu den Umständen der rechtswidrigen Handlung und den daran Beteiligten.

Unter diesem Aspekt rege ich an, sowohl die strafrechtlichen als auch die zivilrechtlichen Verjährungsvorschriften einer Überprüfung auf Kompatibilität der Zielsetzungen und der zugrunde liegenden Wertungen unter Berücksichtigung der folgenden Aspekte zu unterziehen.

... im Hinblick auf strafrechtliche Verjährungsfristen

Gemäß § 78b Abs. 1 Nr. 1 StGB ruht die Verjährung der strafrechtlichen Verfolgung einer Reihe von abschließend aufgezählten Straftaten bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres des Opfers. Diese Bestimmung ist, seit 1994 erstmals das Ruhen der Verjährung bei Straftaten gegen Minderjährige während ihrer Minderjährigkeit angeordnet wurde, mehrfach geändert worden, um sexuell konnotierte Straftaten gegenüber Kindern nicht zu früh verjähren zu lassen. Von der Rechtsgutsverletzung her gesehen handelt es sich um Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Aufgrund der abschließenden Aufzählung werden nach dem neuen § 1631e BGB-E verbotene Eingriffe an Kindern jedoch nur der normalen Verjährung unterliegen, da die einschlägigen 🐧 223, 224 und ggf. 226 StGB nicht in § 78b Abs. 1 StGB genannt sind. Damit verjähren verbotswidrige Eingriffe, sofern sie als einfache Körperverletzung gemäß § 223 StGB gewertet werden, nach fünf Jahren ab Tatbegehung. Selbst wenn eine schwere Körperverletzung gemäß 🖇 226 StGB angenommen würde, wäre die Tat nach zehn Jahren verjährt. Das bedeutet, dass verbotswidrige Eingriffe an z.B. Zweijährigen spätestens verjährt wären, wenn diese 12 Jahre alt sind. Das ist in Anbetracht der Zielsetzung des Gesetzentwurfs ein eklatanter Widerspruch, der zu beheben ist. Zu einer Anklage wegen § 225 StGB (Misshandlung von Schutzbefohlenen), der in § 78b genannt ist, dürfte es kaum kommen.

Am besten würden in § 78b Abs. 1 Nr. 1 StGB folgende Worte angefügt: " ... sowie solchen Straftaten gemäß §§ 223, 224 und 226, die an Minderjährigen begangen wurden und nicht nach §§ 1631d oder 1631e Bürgerliches Gesetzbuch gerechtfertigt sind".



Seite 10 von 15

... im Hinblick auf zivilrechtliche Verjährungsfristen

Die regelmäßige zivilrechtliche Verjährung beträgt seit der Schuldrechtsreform von 2002 nicht mehr dreißig, sondern nur noch drei Jahre gemäß § 195 BGB und beginnt gemäß § 199 Abs. 1 BGB mit Schluss des Jahres zu laufen, in dem der Schaden aufgrund der Verletzungshandlung zugefügt wurde. Zwar wurden mit dem Gesetz zur Stärkung der Rechte von Opfern sexuellen Missbrauchs (StORMG) vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1805) Schadensersatzansprüche aufgrund "Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit oder der sexuellen Selbstbestimmung", also der grundrechtlich geschützen hohen Rechtsgüter, um die es auch im vorliegenden Gesetzentwurf geht, in den Katalog der Ansprüche mit dreißigjähriger Verjährung (§ 197 BGB) aufgenommen, allerdings nur wenn die Verletzungshandlung mit Vorsatz begangen wurde. Ob bei Eingriffen, die schon de lege lata rechtswidrig sind und künftig auch nach § 1631e BGB-E als rechtswidrig zu beurteilen sein werden, sich deliktsrechtlich Vorsatz wird nachweisen lassen, ist fraglich. Schadensersatzansprüche bestehen auch bei fahrlässiger Tatbegehung, unterliegen dann aber nur der dreijährigen Verjährungsfrist.

Auch hier ist, um Wertungswidersprüche zu vermeiden, eine Änderung vorzunehmen. Es könnte z.B. § 197 Abs. 1 Nr. 1 ergänzt werden um einen Halbsatz "bei rechtswidrig vorgenommenen Behandlungen gemäß § 1631e verjähren Schadensersatzansprüche auch dann erst in dreißig Jahren, wenn sie auf einer fahrlässigen Verletzung beruhen".

Schließlich ist in diesem Zusammenhang § 208 BGB zu nennen, der die Verjährung von Ansprüchen wegen Verletzung der sexuellen Selbstbestimmung bis zum 21. Geburtstag der verletzten und damit anspruchsberechtigten Person hemmt. Von der Wertung her gesehen, müssten Ansprüche, die nach § 1631e BGB-E rechtswidrig sind bzw. bleiben, ebenfalls § 208 BGB unterliegen. Aufgrund der Entstehungsgeschichte dieser Bestimmung steht jedoch zu befürchten, dass diese Bestimmung eng ausgelegt und nur für sexuell konnotierte Verletzungshandlungen angewandt werden würde, zumal nur aus der Begründung zum vorliegenden Gesetzentwurf, nicht aus dem Wortlaut selbst hervorgeht, dass die Vorschrift der Durchsetzung des Rechts auf geschlechtliche Selbstbestimmung⁴ dient.

Ich rege daher an, in § 208 BGB hinter dem Wort "sexuellen" die Wörter "oder geschlechtlichen" einzufügen.

_

Seit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 10.10.2017 (Az. 1 BvR 2019/16) wird statt des zuvor meist genutzten Begriffs "sexuelle Selbstbestimmung" "geschlechtliche Selbstbestimmung" verwendet.



Seite 11 von 15

... im Hinblick auf Aufbewahrungsfristen für Gerichtsakten

In diesem Zusammenhang ist ferner auf die Aufbewahrungsfristen für Gerichtsakten hinzuweisen. Es muss sichergestellt werden, dass die Akten zu solchen Kindschaftssachen, die § 1631e BGB-E betreffen, nicht nur zehn oder dreißig Jahre, sondern ebenfalls 48 Jahre aufbewahrt werden. Grundsätzlich sind diese Aufbewahrungsfristen landesrechtlich geregelt, aber die Fristen selbst, die den landesrechtlichen Regelungen meist in Form einer Tabelle als Anlage beigefügt sind, scheinen bundeseinheitlich festgelegt zu sein. ⁵

Dokumentation: Meldepflicht und Zentralregister, Evaluierung

Bereits in einigen Stellungnahmen zum Referentenentwurf wurde gefordert oder mindestens angeregt, ein Zentralregister für Behandlungen, wie sie jetzt in § 1631e Abs. 1 BGB-E beschrieben sind, einzuführen. Der Bundesrat hat dies aufgegriffen (Drucksache 566/20(B), S. 8, Nr. 8 = BT-Drucksache 19/24686, S. 43, Nr. 8), die Bundesregierung hat es in ihrer Gegenäußerung jedoch abgelehnt und will dies den Ländern überlassen (BT-Drucksache 19/24686, S. 49 f.).

Es ist zuzugeben, dass zur Umsetzung des Vorschlags des Bundesrates mehr erforderlich ist als die Nennung eines Zentralregisters in der Vorschrift über die Aufbewahrungsdauer von Patientenakten. Aber eine Meldepflicht an ein auf Bundesebene angesiedeltes zentrales Register halte ich für unverzichtbar, wenn das Ziel des vorliegenden Gesetzesentwurfs erreicht werden soll, nämlich die Rechte der geschützten Kinder zu wahren.

1. Durchsetzung eines Menschenrechts

Das Gesetz dient der Wahrung des Rechts Minderjähriger auf geschlechtliche Selbstbestimmung, also einem Recht, das seine Basis in Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz hat. Es erlaubt nur in den Ausnahmefällen, die keinen Aufschub dulden, operative Eingriffe an nichteinwilligungsfähigen Kindern, wenn diese zu einer Veränderung des geschlechtlichen Erscheinungsbildes des Kindes führen. Wie in der Begründung zum Gesetzentwurf mehrfach hervorgehoben wird (S. 24, 27), verbleibt es in den übrigen Fällen, selbst wenn die Sorgeberechtigten ihre Einwilligung zur Behandlung erteilt haben, bei der Rechtswidrigkeit der Eingriffe in die körperliche

_

Vgl. z.B. für Bremen: Verordnung über die Aufbewahrung von Schriftgut in der Justiz und Justizverwaltung des Landes Bremen (AufbewahrungsV) vom 27.10.2016 (Brem.GBl. 2016, S. 672). Eine stichprobenartige Überprüfung mit anderen landesrechtlichen Regelungen hat ergeben, dass die Anlagen selbst nicht identisch sind, aber die darin genannten Fristen, soweit ich es feststellen konnte, schon. Die entsprechende Anlage zur Bremischen AufbewahrungsV ist überschrieben: "Bundeseinheitliche Aufbewahrungsfristen für das Schriftgut der ordentlichen Gerichtsbarkeit, der Staatsanwaltschaften und der Justizvollzugsbehörden".



Seite 12 von 15

Unversehrtheit des Kindes und den damit verbundenen zivilrechtlichen und strafrechtlichen Sanktionen. Obwohl das an sich schon de lege lata so ist, ist aufgrund der immer noch bestehenden gesellschaftlichen Tabuisierung des Bereichs des Geschlechtlichen derzeit nicht garantiert, dass es nicht geschieht (vgl. Begr., S. 10 f.).

So sehr zu hoffen ist, dass es zu keinen rechtswidrigen Eingriffen mehr kommen wird, so kann dies jedoch auch nicht ausgeschlossen werden. Die Aufbewahrung der Patientenakten für 30 Jahre ab Volljährigkeit, d.h. ab (möglicherweise rechtswidrig) erfolgtem (ersten) Eingriff für insgesamt u.U. fast 48 Jahre, bezweckt ja nicht nur, dass die Menschen, um deren Schutz es hier geht, später ihre eigene körperliche (Behandlungs-)Geschichte nachvollziehen können, sondern auch, dass sie ggf. für gerichtliche Überprüfung und Durchsetzung möglicher Schadensersatzansprüche über Beweismaterial verfügen. Hier geht der Gesetzentwurf mit dem Verweis in § 1631e Abs. 6 BGB-E (und Art. 2) von einem idealisierten Verlauf aus, der erreicht werden soll, aber nicht garantiert werden kann. Ein paar Fragen mögen das verdeutlichen:

- Woher soll ein erwachsener Mensch wissen, in welcher Arztpraxis und/oder Klinik er als einbis zweijähriges Kind behandelt wurde, wenn die Eltern nichts erzählen?
- Was, wenn dieser Mensch nach der Behandlung adoptiert wird und die Informationen nicht an ihn und/oder die Adoptiveltern weitergegeben werden?
- Was, wenn dieser Mensch erst zu einem Zeitpunkt von der Behandlung erfährt, zu dem die Eltern bereits nicht mehr leben?
- Was, wenn die Familie z.B. aufgrund des Berufes eines Elternteils häufig von einem Bundesland ins andere (oder gar zwischendurch ins Ausland) umgezogen ist und die Eltern selbst keine Unterlagen mehr haben über mit dem Kind aufgesuchte Arztpraxen und Kliniken?
- Was, wenn die Arztpraxis oder Klinik inzwischen geschlossen, verkauft oder vererbt wurde? Insbesondere Letzteres ist nicht gar so unwahrscheinlich, und die Rechtsnachfolger_innen (Käufer_innen/Erb_innen) werden kaum vermuten, dass einzelne Patientenakten über die gemäß
 § 630f Abs. 3 BGB regelmäßige zehnjährige Aufbewahrungsfrist hinaus aufzubewahren sind.

2. Personenbezogene zentrale Erfassung aller Patientenakten

Das nicht einwilligungsfähige Kind muss, wenn es größer geworden oder bereits erwachsen ist und die Geschichte seiner geschlechtsbezogenen medizinischen Behandlungen nachvollziehen

Der erfolgreiche Schadensersatzprozess von Christiane Völling zeigt, von wie viel Zufällen es abhängen kann, die erforderlichen Beweise beizubringen; vgl. OLG Köln, Beschluss vom 3.9.2008 (Az. 5 U 51/08); Christiane Völling, Ich war Mann und Frau: Mein Leben als Intersexuelle, Köln 2010.



Seite 13 von 15

will, Zugang zu <u>allen</u> medizinischen Fallakten an einer Adresse erhalten. Behandlungen erfordern oft Nachbehandlungen, die an anderen Orten durchgeführt werden. Es wäre eine Verkürzung des Rechts auf geschlechtliche Selbstbestimmung, wenn dem (ehemaligen) Kind aufgebürdet würde, die Adressen erst mühsam zu ermitteln und dann an verschiedenen Orten die Patientenakten anzufordern, die möglicherweise hier oder da trotz § 1631e Abs. 6 BGB-E nicht mehr vorhanden sind.

Dieser Gefahr kann nur durch eine Meldepflicht an ein zentrales Register begegnet werden. Es genügt auch nicht, wenn, wie die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung meint, einzelne Bundesländer solche Register einführen; denn dann wäre es vom Zufall abhängig, wo das Kind behandelt worden ist: ob in einem Bundesland mit Register oder in einem Bundesland ohne Register. Zudem finden Behandlung oft auch ohne Ortswechsel der Eltern in verschiedenen Bundesländern statt. Das ergibt sich schon daraus, dass derzeit noch nicht alle Bundesländer Kompetenzzentren für die fraglichen Behandlungen haben.⁷

3. Zu erfassende Daten und Datenschutz

Meldepflichtig sollten <u>alle</u> Behandlungen an solchen Körpermerkmalen – geschlechtlichen inneren und äußeren Organen – sein, die <u>geeignet</u> sind, "das körperliche Erscheinungsbild des Kindes an das des männlichen oder des weiblichen Geschlechts anzugleichen". Hierzu müssen die Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) und spezifischen Indikationen sowie vorgesehene oder angewandte Maßnahmen und Operationsverfahren genannt werden. Außerdem sollte dokumentiert werden, ob Eltern und Kind auf Beratungsmöglichkeiten hingewiesen wurden und welche ggf. in Anspruch genommen wurden (vgl. insoweit auch § 1631e Abs. 5 Nr. 4 BGB-E). Ferner hinzukommen müssen Ort der Behandlung (freie Praxis oder Klinik mit Adresse) und Datum der Behandlung.

Dies muss ferner für <u>alle</u> Behandlungen gelten, unabhängig davon, ob sie nach dem Gesetzentwurf an sich verboten, genehmigungspflichtig oder genehmigungsfrei sind. Da mit der Einwilligungsfähigkeit des Kindes, die im Einzelfall streitig sein kann, die Grenze zwischen verboten und erlaubt gezogen wird, sollten alle Behandlungen an Minderjährigen bis zu einem Alter von 16 Jahren gemeldet werden.

-

Aktuell nur in 8 von 16 Bundesländern; vgl. die vom Projekt DSDCare unter https://dsdcare.de/de/beteiligte-einrichtungen. nachgewiesenen Einrichtungen, die sich zur Einhaltung der Sk2-Leitlinie "Varianten der Geschlechtsentwicklung" (AWMF Leitlinie 174/001) verpflichtet haben. – Gemeint sind hier nur solche Kompetenzzentren; im Übrigen ist Kompetenzzentrum kein geschützter Begriff.



Seite 14 von 15

Wird ein Familiengericht befasst, ist dessen Entscheidung zu melden, unabhängig davon, wie das Verfahren endet, d.h. auch bei Rücknahme des Antrags. Endet die Aufbewahrungsfrist für die Akte vor Ablauf der 48 Jahre, ist die gesamte Akte dem Register zu übermitteln.⁸

Ist eine interdisziplinäre Kommission gemäß § 1631e Abs 4 BGB-E tätig geworden, ist auch deren Entscheidung zu melden. Dazu gehören alle in § 1631e Abs. 5 BGB-E genannten Angaben, auch wenn es sich nicht um eine befürwortende Stellungnahme handelt.

Diese Daten sind jeweils der behandelten Person zuzuordnen.

4. Evaluierung

Artikel 6 des Gesetzentwurfs sieht eine Evaluierung "innerhalb von zehn Jahren" vor. Dieser Zeitraum wird nach der Begründung für erforderlich gehalten erstens in Anbetracht der geringen Fallzahlen und zweitens, um die Kinder möglichst in die Untersuchung einzubeziehen (BT-Drucksache 19/24686, S. 34 f.). "Als Datengrundlage für die Bewertung der Neuregelung könnten die gerichtlichen Verfahrensakten sowie die Patientenakten dienen."

Auch dies spricht für ein zentrales Register. Denn wie sonst sollen diejenigen, die die Evaluation durchführen werden, an die Akten gelangen? Da die gerichtlichen Verfahren als Kindschaftssache gemäß § 151 FamFG geführt werden sollen (Begr., S. 26), müssten für ca. neun Jahre (zehn Jahre Frist abzüglich ein Jahr für Durchführung der Evaluation und Verfertigung des Berichts, sofern kein an sich wünschenswerter früherer Beginn und auch keine Begleitforschung) alle F-Sachen aller Familiengerichte durchforstet werden. Das ist ziemlich unrealistisch. Und wie die Bundesregierung als für die Evaluation verantwortliche Institution an die betreffenden Patientenakten gelangen will, erschließt sich mir erst recht nicht. Eine Abfrage bei den einschlägigen Kompetenzzentren würde nur einen Teil der Fälle erreichen und damit eventuell gerade Verbotsungehungen nicht erfassen.

5. Datenschutz

Bei Registern mit personenbezogenen Daten stellt sich immer die Frage des Datenschutzes, der bei der Einrichtung eines Registers für den eben beschriebenen Zweck zu beachten ist.

Primärer Zugang (Einsicht und Auskunftserteilung) sollte ausschließlich den (ehemaligen) Kindern gestattet werden, deren Daten dort registriert werden. Im Übrigen ist für Forschungszwecke – worunter ich auch die Evaluierung gemäß Artikel 6 des Gesetzentwurfs verstehe – Ver-

Es könnte auch daran gedacht werden, dass Behandelnde sich durch Ablieferung der Patientenakte an das Register von ihrer langen Aufbewahrungspflicht befreien könnten.



Seite 15 von 15

wendung der Daten in anonymisierter Form unter Beachtung der DSGVO zuzulassen, wie es auch bei sonstigen Registern üblich ist (vgl. z.B. § 66 Personenstandsgesetz). Als Muster könnte hier möglicherweise das 2018 eingeführte Samenspenderregistergesetz⁹ dienen.

6. Gesetzgebungskompetenz

Die in der Gegenäußerung der Bundesregierung gegebene Begründung zur Ablehnung des Änderungsantrags des Bundesrates (BT-Drucksache 19/24686, S. 49 f.) überzeugt nur insoweit, als für ein Zentralregister auch eine Meldepflicht eingeführt und ein entsprechendes Register geschaffen werden müsste. Nicht hingegen überzeugt, dass dies eine Frage der Krankenhausorganisation und der Organisation der Ärztekammern wäre. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ergibt sich m.E. vielmehr unmittelbar aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 Grundgesetz; es sind die Gebiete bürgerliches Recht, Strafrecht (mittelbar) und gerichtliches Verfahren betroffen, da es primär um die Sicherung zivilrechtlicher Ansprüche, aber auch mögliche Strafverfolgung geht.

Schlussbemerkung

Für den Fall, dass die Ausschüsse und anschließend das Plenum des Bundestages Regelungen, wie sie hier vorgeschlagen werden und soweit sie über die derzeit im Gesetzentwurf vorhandenen Regelungen hinausgehen, nicht einarbeiten wollen, wäre es wünschenswert, wenn der Bundestag wegen des Sachzusammenhanges zeitgleich einen Antrag beschließen würde, mit dem die Bundesregierung aufgefordert wird, einen Gesetzesvorschlag für die Anpassung der Verjährungsvorschriften sowie einen Gesetzesvorschlag für die Einrichtung eines Registers mit entsprechender Meldepflicht noch in dieser Legislaturperiode vorzulegen.

_

Als Art. 1 des Gesetzes zur Regelung des Rechts auf Kenntnis der Abstammung bei heterologer Verwendung von Samen vom 17.7.2017 (BGBl. I S. 2513.



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (BT-Drs. 19/24686)

Berlin, 08.01.2021

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer Herbert-Lewin-Platz 1 10623 Berlin

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Der Regierungsentwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (RegE) soll die Vereinbarung des Koalitionsvertrages zwischen CDU/CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode umsetzen, "dass geschlechtsangleichende medizinische Eingriffe an Kindern nur in unaufschiebbaren Fällen und zur Abwendung von Lebensgefahr zulässig sind".

Die gemäß RegE zu ergänzenden Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), des Einführungsgesetzes zum BGB, des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG), des Rechtspflegergesetzes sowie des Gesetzes über Gerichtskosten in Familiensachen sehen vor, dass Eltern nicht in einen operativen Eingriff an den inneren und äußeren Geschlechtsmerkmalen ihres nicht einwilligungsfähigen Kindes einwilligen können, wenn dieser Eingriff allein in der Absicht erfolgt, das körperliche Erscheinungsbild des Kindes an das des männlichen oder weiblichen Geschlechts anzugleichen. Mit Genehmigung des Familiengerichts können Eltern in einen solchen Eingriff nur einwilligen, wenn der Eingriff nicht bis zu einer selbstbestimmten Entscheidung des Kindes aufgeschoben werden kann. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Eingriff dem Wohl des Kindes entspricht. Liegt dem Familiengericht eine befürwortende Stellungnahme nach § 1631e Abs. 5 BGB-E einer gemäß § 1631e Abs. 4 BGB-E gebildeten interdisziplinären Kommission vor, wird vermutet, dass der Eingriff dem Wohl des Kindes am besten entspricht.

Aus Sicht der Bundesärztekammer werden im RegE zwar einige wesentliche Kritikpunkte gegenüber dem vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) vorgelegten RefE aufgegriffen (vgl.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/2020-02-14 BAEK Stellungnahme-RefE-DSD.pdf). Allerdings liegt auch dem RegE die – nicht durch Daten belegte – Vermutung zugrunde, "dass auch nach der Überarbeitung medizinischer Leitlinien zur Behandlung von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung noch Operationen stattfinden, die nicht unbedingt erforderlich sind." Mit dem auf einer nicht belegten Vermutung basierenden RegE wird ohne Not eine bürokratische Hürde aufgebaut, die die Behandlung der betroffenen Kinder eher erschweren denn verbessern dürfte. Zudem stellt das Verfahren vor dem Familiengericht eine weitere, unnötige Belastung der Betroffenen und ihrer Familien dar. Den Entwurf lehnt die Bundesärztekammer auch wegen des damit verbundenen Eingriffs in die ärztliche Berufsfreiheit (Art. 12 GG) ab und fordert stattdessen, die Ergebnisse der vom BMG initiierten Forschungsprojekte zur systematischen Erfassung der Betroffenen und zur wissenschaftliche Bewertung ihrer Leitlinien-gerechten Behandlung abzuwarten, um auf dieser Basis bewerten zu können, ob und ggf. in welchem Maße rechtliche Regelungen notwendig sind.

2. Allgemeine Anmerkungen zum Gesetzesentwurf

Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD) sind nach heutigem Verständnis als eine Art Kontinuum zwischen männlichem und weiblichem Geschlecht zu verstehen; die Ausprägungen und damit auch die Behandlungsansätze sind dementsprechend sehr unterschiedlich und im jeweiligen Einzelfall dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechend zu bewerten. Medizinische Maßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung zielen auf grundlegende, die Person in ihrem Wesenskern betreffende Eigenschaften und umfassen biologische ebenso wie soziale, kulturelle und individuelle Aspekte. Ein grundsätzliches Operationsverbot bis zum vollendeten 14. Lebensjahr wird den von einer breiten Varianz von geschlechtlichen Ausprägungen Betroffenen nicht gerecht und entspricht auch nicht dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft (vgl. Stellungnahme der Bundesärztekammer "Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)", https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/BAeK-Stn_DSD.pdf, und s2k-Leitlinie "Varianten der Geschlechtsentwicklung" der AWMF, https://www.awmf.org/uploads/tx szleitlinien/174-001l S2k Geschlechtsentwicklung-Varianten 2016-08 01.pdf). Für eine diesen komplexen Entwicklungsvarianten bzw. störungen gerecht werdende differenzierte Diagnostik und Behandlung sind im jeweiligen Einzelfall spezielle medizinische Kompetenz, Expertise und Erfahrungen von Betroffenen wie auch Unterstützung durch eine informierte Gesellschaft gleichermaßen gefragt.

In der 18. Legislaturperiode hatte sich die beim Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (BMFSFJ) eingerichtete interministerielle Arbeitsgruppe (IMAG) angemessen mit dieser komplexen Thematik befasst. Die Bundesärztekammer hatte bereits zu dem vom Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) vorgelegten Referentenentwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern vor geschlechtsverändernden operativen Eingriffen ihre Bedenken dargestellt

(https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/2020-02-14_BAEK_Stellungnahme-RefE-DSD.pdf). Vor diesem Hintergrund erstaunt, dass sich der RegE im Wesentlichen auf die Erfahrungen und Bewertungen von Patientinnen und Patienten stützt, die in der Vergangenheit nach der sogenannten "optimal gender policy" entsprechend dem damals geltenden Stand der Wissenschaft behandelt worden sind (vgl. Abschnitt 2c der Gesetzesbegründung). Es ist hinlänglich bekannt, dass dieser Behandlungsansatz zum Teil heftige Kritik von Betroffenen auf sich gezogen hat, während sich ein anderer Teil der Betroffenen mit ihrer Behandlung zufrieden zeigt. Die "optimal gender policy" entspricht heute nicht mehr dem aktuellen Stand der Wissenschaft.

Nicht zuletzt diese Situation war ein wesentlicher Beweggrund für den Vorstand der Bundesärztekammer, seinen Wissenschaftlichen Beirat mit der Erarbeitung der Stellungnahme "Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Develoment, DSD)" zu beauftragen. Wie im Vorwort ausgewiesen "soll die Stellungnahme einerseits einen Beitrag

dazu leisten, das Bewusstsein der betreuenden Ärztinnen und Ärzte vor Ort, die letztendlich die Vertrauenspersonen der Betroffenen sind, für diese wichtige Thematik zu schärfen, und andererseits dieses komplexe und sensible Thema auch für nur wenig davon tangierte Ärztinnen und Ärzte sowie Interessierte aufbereiten."

Ein wesentlicher Diskussionspunkt in der beim BMFSFJ angesiedelten IMAG "Intersexualität/Transsexualität/Transgender" war die Frage der Verbindlichkeit dieser Stellungnahme der Bundesärztekammer. Die Bundesärztekammer hat diesbezüglich in einer IMAG-Sitzung die verschiedenen Regelungsebenen (Gesetz, Richtlinie, Leitlinie, Empfehlung/Stellungnahme) dargestellt. In diesem Zusammenhang wurde beispielhaft auf bestehende rechtliche Regelungen wie das Transfusionsgesetz und das Transplantationsgesetz verwiesen, die u. a. eine Rechtsgrundlage für die Feststellung des Standes der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien beinhalten. Eine solche Richtlinienkompetenz existiert für die Thematik "Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)" nicht. Deshalb hat die Bundesärztekammer ihre Äußerung in Form einer Stellungnahme abgegeben. Eine Stellungnahme ist jedoch nicht verbindlich. Sie stellt – wie auch im oben zitierten Vorwort erläutert – den aktuellen Stand der Wissenschaft im Sinne einer Information der Fachkreise sowie der interessierten Öffentlichkeit dar. Weder für die Bundesärztekammer noch für die (Landes-) Ärztekammern besteht eine Rechtsgrundlage, bezüglich einer Stellungnahme eine Einhaltung sicherzustellen. Grundsätzlich ist die Bundesärztekammer – wie bereits in verschiedenen Schreiben gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mitgeteilt - weiterhin bereit, sich auch bei diesem Thema zu engagieren und auf der Basis einer entsprechenden Rechtsgrundlage Richtlinien für die Feststellung des Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Versorgung von Menschen mit Störungen der sexuellen Entwicklung zu erarbeiten.

Dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechend hat sich mittlerweile eine Abkehr von der sogenannten "optimal gender strategy" vollzogen (vgl. Stellungnahme der Bundesärztekammer "Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)" und s2k-Leitlinie "Varianten der Geschlechtsentwicklung" der AWMF). Vor diesem Hintergrund erstaunt umso mehr, dass der RegE aus fachlicher Sicht insofern tendenziös erscheint, als er von der – nicht durch Daten belegbaren – Annahme ausgeht, "dass auch nach der Überarbeitung medizinischer Leitlinien zur Behandlung von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung noch Operationen stattfinden, die nicht unbedingt erforderlich sind." (vgl. Begründung des RegE, Allgemeiner Teil, Abschnitt 1. Aktueller Anlass). Für jeden Eingriff und jede Behandlung muss eine medizinische Indikation gegeben sein – dieser rechtliche Grundsatz gilt für alle medizinischen Maßnahmen, so auch für die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung.

Ebenso wie der vom BMJV im Januar 2020 vorgelegte RefE überrascht auch der RegE, weil der Regelungsgegenstand, die Frage nach der Operationsindikation bei Kindern und Jugendlichen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD), primär eine zutiefst ärztliche Fragestellung, nicht aber eine rechtliche

Frage darstellt. Dies auch vor dem Hintergrund, dass es medizinisch-wissenschaftlich betrachtet eine erhebliche Bandbreite an Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung mit sehr unterschiedlichem Behandlungsbedarf gibt. Die lediglich formale Genehmigung durch ein Familiengericht, die sich inhaltlich auf eine Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission stützt, erscheint weder sinnvoll noch notwendig – vielmehr wird hier ohne Not eine bürokratische Hürde aufgebaut, die die Behandlung der betroffenen Kinder und Jugendlichen eher erschweren denn verbessern dürfte. Zudem stellt das Verfahren vor dem Familiengericht eine weitere, aus fachlicher Sicht unnötige Belastung der Betroffenen und ihrer Familien dar.

Gemäß der Stellungnahme der Bundesärztekammer "Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)" soll die Behandlung von Personen mit DSD insbesondere unter Berücksichtigung der Komplexität der Fälle sowie der zum Teil selten auftretenden Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung in interdisziplinär arbeitenden ausgewiesenen Zentren erfolgen, wobei u. a. je nach Alter und Fragestellung pädiatrische Endokrinologen, Endokrinologen, Neonatologen, Gynäkologen, Andrologen, Humangenetiker, (Kinder-)Chirurgen/Urologen beteiligt sein sollten. Die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung und psychotherapeutischen Begleitung der Betroffenen und ihrer Familie soll immer vorgehalten werden. Die Einbeziehung weiterer Fachrichtungen (Onkologie, Pathologie, Labormedizin etc.) erfolgt in Abhängigkeit der Notwendigkeit.

Angesichts einer – häufig interdisziplinär und interprofessionell – gestellten medizinischen Indikation erschließt sich nicht, warum eine Genehmigung durch ein Familiengericht erfolgen soll, die bei befürwortender Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission ohnehin vermutet wird. Notwendige interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte sind und werden sinnvollerweise bereits im Rahmen der Indikationsstellung berücksichtigt und nicht erst bzw. erneut nachgelagert in einem familiengerichtlichen Verfahren. Eine solche Regelung stellt zudem einen unverhältnismäßigen Eingriff in die ärztliche Berufsfreiheit (Art. 12 GG) dar. Dieser unverhältnismäßige Eingriff lässt sich auch nicht dadurch rechtfertigen, dass Artikel 6 des RegE eine Evaluation der Regelungen innerhalb von zehn Jahren nach ihrem Inkrafttreten gegenüber dem Deutschen Bundestag vorsieht, zumal unklar bleibt, auf der Basis welcher Daten und Ergebnisse diese Evaluation erstellt werden soll. Hier zeigt sich abermals, dass sich medizinisch-wissenschaftliche Fragestellungen nicht mit rechtlichen Instrumenten beantworten lassen – wünschenswert wäre in jedem Fall eine Begleitforschung sowohl der Kinder, bei denen eine Angleichung des körperlichen Erscheinungsbildes an das des männlichen oder des weiblichen Geschlechts zum Zeitpunkt ihrer Nicht-Einwilligungsfähigkeit erfolgt ist, wie auch der Kinder, bei denen eine Angleichung bis zu einer selbstbestimmten Entscheidung des Kindes aufgeschoben worden ist.

Um einer in Einzelfällen ggf. schwierigen Indikationsstellung und den erheblichen Konsequenzen für die betroffenen Patienten Rechnung zu tragen, könnte für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD) das Recht zur Einholung einer Zweitmeinung rechtlich verankert werden. Über die notwendige Expertise verfügen in der Regel interdisziplinäre

und multiprofessionelle Behandlungszentren (vgl. Stellungnahme der Bundesärztekammer "Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)", ohne dass es diesbezüglich einer Regelung im BGB bedarf. Die im RegE vorgesehene Regelung, nach der "einer interdisziplinären Kommission [...] zumindest die folgenden Personen angehören: 1. der das Kind Behandelnde gemäß § 630a, 2. mindestens eine weitere ärztliche Person, 3. eine Person, die über eine psychologische, kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische oder kinder- und jugendpsychiatrische Berufsqualifikation verfügt, und 4. eine Person, die über eine sozialpädagogische Berufsqualifikation verfügt", ersetzt eine in einem entsprechend spezialisierten Zentrum interdisziplinär und multiprofessionell erhobene Zweitmeinung fachlich nicht.

Die Frage, wie sich der aktuelle Stand der Wissenschaft und die Abkehr von der "optimal gender policy" auf die Versorgung der Betroffenen und ihre Behandlungszufriedenheit auswirken, kann derzeit nicht beantwortet werden; eine systematische Evaluation der auf der Basis der Empfehlung der Bundesärztekammer und der s2k-Leitlinie der AWMF durchgeführten Behandlungen liegt bisher nicht vor. Zudem gibt es keine systematische Erfassung der Betroffenen: "Die Geburten von Kindern mit uneindeutigem Geschlecht werden in der Bundesrepublik Deutschland nicht statistisch erfasst." (vgl. Abschnitt 2c, Nr. 3 Evidenz des Begründungstextes zum RegE). "Genaue Daten über intergeschlechtliche Menschen in der Bundesrepublik Deutschland existieren daher nicht, es gibt lediglich Schätzungen", wird so auch im Begründungstext des RegE (vgl. S. 11) zutreffend dargestellt. Wie in Abschnitt 2a der Begründung zum RegE korrekt dargestellt "bestehen unterschiedliche Auffassungen" bezüglich der in diesem Abschnitt zitierten Literatur zu Indikationsstellung und Operationshäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit DSD. Kritisch angemerkt wird beispielsweise, dass die Häufigkeit bestimmter Diagnose-Operationskombinationen mit der Verwendung von ICD-OPS-Codes nicht ausreichend beantwortet werden kann, da diese Klassifikation primär zur Darstellung des ökonomischen Behandlungsaufwandes entwickelt wurde. Die systematische Erfassung der Betroffenen und die wissenschaftliche Bewertung der auf der Basis des aktuellen Standes der Wissenschaft veränderten Behandlungsansätze wären wichtige Grundlagen, um politisch bewerten zu können, ob und ggf. in welchem Maße rechtliche Regelungen notwendig sind. Keinesfalls erscheint es sinnvoll, auf der Basis von Erfahrungen mit der nicht mehr angewendeten "optimal gender policy" rechtliche Regelungen zu treffen, die den status quo des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft außer Acht lassen und dazu führen können, dass für die Betroffenen neue Probleme entstehen.

Angesichts dessen erscheint fraglich, warum vor einer rechtlichen Regelung dieser sensiblen Materie nicht insbesondere die Ergebnisse der Forschungsprojekte abgewartet werden, die als ein Ergebnis der Beratungen der IMAG vom BMG ausgeschrieben worden sind (vgl. öffentliche Bekanntmachung des BMG vom 22.06.2018 "Maßnahmen zum Abbau von Diskriminierung von Menschen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (Differences of Sex Development/DSD) und transgeschlechtlichen Menschen im Gesundheitswesen", https://www.forschung-

<u>bundesgesundheitsministerium.de/dateien/foerderung/bekanntmachungen/bkm-rahmenbekanntmachung-geschlechtsspezifische-besonderheiten.pdf</u> sowie vom 13.07.2018

"Leitlinienkonforme Versorgung von Menschen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (Differences of Sex Development/DSD)", development-dsd). Die Indikationsstellung für eine Genitaloperation im Kindesalter muss individuell erfolgen und hohen qualitativen Anforderungen genügen, die organisatorisch am besten über eine spezialisierte Zentrumsstruktur abgebildet werden können (vgl. Stellungnahme der Bundesärztekammer "Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)"). Die diesbezüglichen spezifischen Anforderungen werden aktuell in einer bis zum Jahr 2023 angelegten, vom BMG im Rahmen der o. g. Ausschreibungen geförderten Studie untersucht.

Gerade auch mit Blick auf die sehr zu unterstützende Intention der Koalitionsfraktionen, insbesondere das Wohl der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu schützen, wäre es wünschenswert, die Ergebnisse der vom BMG initiierten Forschungsprojekte zur systematischen Erfassung der Betroffenen und zur wissenschaftliche Bewertung ihrer Leitlinien-gerechten Behandlung abzuwarten, um auf dieser Basis bewerten zu können, ob und ggf. in welchem Maße rechtliche Regelungen notwendig sind.

Auf dieser Basis sollte – der Forderung des Koalitionsvertrages entsprechend – eine den mit der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD) einhergehenden komplexen medizinischen Fragestellungen gerecht werdende rechtliche Regelung in einem eigenständigen Gesetz erfolgen. Analog zu bewährten Regelungen des Speziellen Medizinrechts, beispielsweise im Transfusionsgesetz sowie im Transplantationsgesetz, sollte eine Rechtsgrundlage für die Feststellung des Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Versorgung von Menschen mit Störungen der sexuellen Entwicklung geschaffen werden, um im jeweiligen Einzelfall eine sachgerechte und differenzierte Regelung dieser komplexen Materie zu ermöglichen und so das Anliegen, die Gesundheitsversorgung von Menschen mit DSD weiter zu verbessern, zu befördern. Das Erfordernis einer Genehmigung durch das Familiengericht wird dem nicht gerecht.



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 <u>fehlende Wissen in der Allgemeinbevölkerung</u>, 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 SDG^1 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 2013 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; Schönbucher 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, m\u00e4nnlich, divers, offen) sowie die Beschl\u00fcsse 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 selbsthilfegeführten 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 <u>kann</u>. → 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 <u>in allen Fällen</u> 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 unbekannten 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.). <u>Der</u> 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 beabsichtigen 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. → <u>Der Gesetzestext sollte entsprechend ergänzt werden.</u>
- (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 "Gewährleistung" Fehlschluss zum Ausdruck: Die 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. <u>Der Gesetzestext sollte entsprechend geändert werden.</u>

(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 ebwodurch 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 <u>nicht</u> ohne das Vorliegen einer befürwortenden Stellungnahme über die Sache entscheiden dürfen. Zusätzlich ist die <u>Gewährleistung</u> 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 <u>Gewährleistung und Verbesserung der unabhängigen psychosozialen</u> <u>Begleitung und Versorgung von Eltern</u> 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/ll/174-001.html
- Bundesärztekammer (2015). Stellungnahme der Bundesärztekammer "Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Develpment, 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 Sexualforschung, 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.jpurol.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.jpurol.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 Infany. 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.
- Tönsmeyer, 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. Erwiderung 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.