

Helen Lindenberg

Rechtsfragen medizinischer Intervention bei intersexuell geborenen *Minderjährigen*



Nomos

Studien zum Zivilrecht

Herausgegeben von

Prof. Dr. Dr. h.c. Barbara Dauner-Lieb, Universität Köln

Prof. Dr. Christian Berger, Universität Leipzig

Prof. Dr. Florian Faust, Bucerius Law School, Hamburg

Band 29

Helen Lindenberg

Rechtsfragen medizinischer Intervention bei intersexuell geborenen Minderjährigen



Nomos



Onlineversion
Nomos eLibrary

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Zugl.: Düsseldorf, Univ., Diss., 2019

ISBN 978-3-8487-6507-2 (Print)

ISBN 978-3-7489-0593-6 (ePDF)

1. Auflage 2020

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2020. Gedruckt in Deutschland. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

*Der Mensch hat eine solche Vorliebe für Systeme und abstrakte
Schlussfolgerungen, dass er bereit ist, die Wahrheit
willentlich zu entstellen, sich Augen und Ohren zuzuhalten,
nur um seine Logik zu rechtfertigen.*

Dostojewski, Aufzeichnungen aus dem Kellerloch

Vorwort

Den Wunsch, einmal eine Arbeit zu dem Thema Intersexualität zu verfassen, hatte ich bereits zu Beginn meines Jurastudiums im Jahr 2011 aufgrund meiner ehrenamtlichen Tätigkeit im Friedensdorf Oberhausen e.V. Dies ist ein gemeinnütziger Verein, der Kinder aus Kriegs- und Krisengebieten nach Deutschland holt und ihnen hier eine kostenlose medizinische Behandlung ermöglicht, bevor sie wieder in ihre Heimatländer zurückkehren. Dort kam ich das erste Mal mit intersexuellen Kindern in Kontakt, von denen ich gar nicht wusste, dass sie existieren. Ich war schockiert und fassungslos über die Tabuisierung und Nichtexistenz der Betroffenen sowie zutiefst bewegt von dem Leid, welches vielen durch die medizinische Behandlung im Kindesalter widerfährt. Aufgrund dieser Erfahrung wollte ich die medizinischen Interventionen in den Mittelpunkt stellen. Ich war und bin motiviert, einen Beitrag zu leisten, auf die Bedürfnisse der Betroffenen aufmerksam zu machen und gesetzliche Regelungen zu schaffen, die ihre Selbstbestimmung wahren.

An dieser Stelle gebührt mein Dank meiner Doktormutter, Frau Professor Lugani, die mir den Freiraum gegeben hat, meine eigene Forschung zu betreiben sowie für die tiefgründige Beschäftigung mit der Thematik, die in verschiedenen hilfreichen Vorschlägen zur Ergänzung der vorliegenden Ausarbeitung geführt haben. Herzlich danke ich meinem Zweitkorrektor, Herrn Professor Olzen, für die Übernahme des Zweitgutachtens und dessen umgehende Erstellung mit wertvollen Hinweisen.

Die finanzielle sowie ideelle Förderung durch die Konrad Adenauer Stiftung waren Grundvoraussetzung für den Erfolg dieser Arbeit. Daher gilt mein Dank allen Mitarbeitern der Stiftung. Darüber hinaus danke ich der Johanna und Fritz Buch Gedächtnis-Stiftung für die Gewährung eines Druckkostenzuschusses.

Ich danke meinen Eltern für die unzähligen sowie andauernden Diskussionen, kritischen Gedanken und die bedingungslose Unterstützung. Mein Vater hat mir beigebracht, kritisch zu denken und bestehende Normen zu hinterfragen. Ihnen ist diese Arbeit gewidmet. Darüber hinaus möchte ich mich bei Tobias Thielmann für die konstruktiven Korrekturen und fachlichen Anmerkungen bedanken.

Helen Lindenberg

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	21
I. Gegenstand und Zielsetzung der Arbeit	21
II. Gang der Untersuchung	24
Kapitel A: Intersexualität – Was ist das?	30
I. Begriffsbestimmung	31
1. Definition von Intersexualität	31
2. Abgrenzung zu Transsexualität	35
3. Zusammenfassung	36
II. Medizinische Grundlagen	36
1. Geschlechtsdifferenzierung	37
a) Normale Sexualdeterminierung und -differenzierung	37
b) Störungen der sexuellen Differenzierung und Ursachen von Intersexualität	39
2. Formen von Intersexualität	40
a) XX-Formen	41
b) XY-Formen	44
aa) Gonadendysgenesien	44
bb) Androgenresistenz (Androgen-Insensitivitäts-Syndrom, AIS)	45
cc) Störungen der Androgensynthese oder -wirkung	46
3. Häufigkeiten	47
4. Zusammenfassung	48
III. Medizinische Behandlung bei Intersexualität	49
1. Diagnostik	49
2. Medizinische Zuweisungs- und Behandlungspraxis	51
a) Medizinische Behandlungsmaßnahmen	51
aa) Hormonbehandlung	51
bb) Operative Eingriffe	52
(1) Funktional bedingte Operationen	52
(2) Geschlechtszuweisende Operationen	53
(3) Gonadektomie	56
b) Behandlungsrichtlinien und -empfehlungen	57
aa) Entwicklung der Behandlungspraxis	58

bb) Zur Kritik an der optimal gender policy	60
cc) Aktuelle ärztlicher Leitlinien für die Behandlung intersexueller Kinder in Deutschland und ihre Funktion	63
(1) Ärztliche Leitlinien zur Ermittlung des medizinischen Standards	63
(2) AWMF-Leitlinien	65
(3) Leitlinien zur Behandlung intersexueller Kinder	66
c) Zwischenfazit	67
3. Aktuelle Situation in Deutschland	68
IV. Fazit Kapitel A	70
Kapitel B: Geschlecht im Recht und gesellschaftlicher Umgang mit Geschlecht	72
I. Binäres Geschlechtermodell der westlichen Gesellschaft	73
1. Binäre Annahmen über Geschlecht unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Online-Umfrage	73
2. Die Nicht-Existenz von Intersexuellen in der Öffentlichkeit	77
3. Pathologisierung von Intersexualität	79
4. Ausblick – gesellschaftlicher Wandel anhand von Homosexualität	83
5. Zwischenfazit	84
II. Rechtliche Regelungen zum Geschlecht im geltenden Recht	86
1. Bedeutung der Geschlechtszuordnung (Beispiele für geschlechtsspezifische Regelungen)	87
2. Besondere Bestimmungen für intersexuell geborene Menschen	90
a) Regelungen im Preußischen Allgemeinen Landrecht	90
b) Keine Regelungen im BGB	92
c) Analyse der Gründe für das Fehlen rechtlicher Regelungen im BGB	93
3. „Geschlecht“ als Rechtsbegriff	94
a) Geschlechtskategorien	95
b) „Intersexuell“ als Geschlechtskategorie in der gerichtlichen Praxis	96
aa) „Der Fall Reiter“	96
bb) „Der Fall Wanja“	98

cc) Analyse	101
dd) Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 10. Oktober 2017–1 BvR 2019/16	103
4. Festlegung des Geschlechts bei der Geburt	106
a) Rechtliche Situation nach dem Personenstandsgesetz	107
aa) Personenstandsgesetz vor 2013	107
bb) Änderung des Personenstandsgesetzes im Jahre 2013	109
cc) Analyse und Bewertung der rechtlichen Neuregelung	110
ee) Auswirkung der Änderung des Personenstandsgesetzes auf die Eintragungspraxis unter Berücksichtigung der Befragung der Landesämter	113
ff) Änderung der medizinischen Behandlungspraxis durch die Personenstandsgesetzänderung unter Berücksichtigung der Medizinerbefragung	115
gg) Änderung des Personenstandsgesetzes im Jahre 2018	118
hh) Analyse und Bewertung der rechtlichen Neuregelung	118
b) Zwischenfazit zur Änderung des Personenstandsgesetzes	121
III. Fazit Kapitel B	122
Kapitel C: Rechtmäßigkeit und Einwilligung bei medizinischer Behandlung intersexuell geborener Kinder	124
I. Voraussetzungen rechtmäßiger ärztlicher Behandlungen	124
1. Allgemeine Voraussetzungen	125
a) Begriffsbestimmung Heileingriff	125
b) Voraussetzungen für einen rechtmäßigen Heileingriff	127
aa) Indikation	127
bb) Die Durchführung lege artis	129
cc) Die Einwilligung	130
2. Staatliche Direktiven zum Umgang mit Intersexualität	130
a) Entscheidungen zu geschlechtskorrigierenden Eingriffen	131
aa) Entscheidungen der Kölner Gerichte	131
(1) Sachverhalt	131
(2) Darstellung der Urteilsgründe	133

bb) Entscheidung des Landgerichts Fürths	134
b) Analyse	135
c) Zwischenfazit	136
3. Indikation der medizinischen Maßnahme	137
a) Heileingriff	137
aa) Physische Indikation	138
(1) Physische Indikation bei Kindern mit AGS	138
(2) Physische Indikation bei Korrektur einer Hypospadie	138
(3) Physische Indikation bei Entartungsrisiko bei Gonadektomien	139
(4) Physische Indikation bei Klitorisreduktion, Neovagina u. ä.	142
(5) Physische Indikation bei Störungen im harnableitenden System	142
(6) Physische Indikation zur Hormonverabreichung	143
(7) Zwischenergebnis zur physischen Indikation	143
bb) Psychische Indikation	145
(1) Begründung einer psychischen Indikation	145
(2) Zwischenergebnis zur psychischen Indikation	147
cc) Zwischenergebnis zur Indikation	148
b) Geschlechtskorrigierende Operation als kosmetischer Eingriff?	149
aa) Abgrenzung zwischen Heileingriff und kosmetischem Eingriff	149
bb) Anwendung auf die Operationen bei intersexuellen Kindern	155
c) Zwischenergebnis zur Indikation	157
4. Einwilligung durch die Eltern	159
a) Die Träger der elterlichen Sorge	160
b) Inhalt der elterlichen Sorge	161
aa) Einführung	161
bb) Einfachgesetzliche Ausgestaltung der elterlichen Sorge	163
cc) Gesundheitssorge als Teil der Personensorge	165
c) Zulässigkeit in die Einwilligung in geschlechtszuweisende Operationen	167

d)	Grenzen der elterlichen Sorge	171
aa)	Sterilisationsverbot nach § 1631c BGB	172
bb)	Kastrationsverbot, §§ 2, 4 KastrG	176
cc)	Gebot der Rücksichtnahme auf die wachsende Selbstständigkeit des Kindes, § 1626 Abs. 2 BGB	180
dd)	Kindeswohl, § 1627 S. 1 BGB	182
ee)	Treuhänderische Pflichtgebundenheit, § 1626 Abs. 1 S. 1 BGB	184
ff)	Recht auf gewaltfreie Erziehung und Verbot entwürdigender Erziehungsmaßnahmen, § 1631 Abs. 2 BGB	187
gg)	Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls, § 1666 Abs. 1 BGB	189
hh)	Zwischenergebnis zu den Grenzen der elterlichen Sorge	192
e)	Zusammenfassung zur Einwilligung durch die Eltern	193
5.	Einwilligung durch den minderjährigen Betroffenen	195
a)	Die Einwilligung als Ausfluss des Selbstbestimmungsrechts	196
b)	Rechtsnatur der Einwilligung	198
aa)	Einwilligung als Willenserklärung	198
bb)	Einwilligung als Gestattung tatsächlichen Handelns	199
cc)	Zwischenergebnis	201
c)	Einwilligungsfähigkeit	203
aa)	Höchststrichterliche Rechtsprechung	204
	(1) Darstellung	204
	(2) Analyse	207
bb)	Einwilligungsfähigkeit nach dem Patientenrechtegesetz, §§ 630d ff. BGB	208
cc)	Einwilligungsfähigkeit gemäß § 36 Abs. 1 S. 1 SGB I	210
dd)	Einwilligungsfähigkeit und Schuld- und Deliktsfähigkeit	211
ee)	Lösungsvorschläge der Literatur	213
	(1) Annahme fester Altersgrenzen	214
	(2) Einzelfallabhängige Entscheidung	214
	(3) Bewertung der dargestellten Lösungsvorschläge	215
ff)	Zwischenergebnis zur Einwilligungsfähigkeit	218

d) Kriterien der Einwilligungsfähigkeit	219
aa) Allgemeine Inhalte der Einwilligungsfähigkeit	219
bb) Maßstab der Einwilligungsfähigkeit	221
(1) Differenzierung nach Dringlichkeit des Eingriffs	222
(2) Differenzierung nach der Schwere des Eingriffs	223
(3) Regelvermutung	225
cc) Zwischenfazit zu den Kriterien der Einwilligungsfähigkeit	227
6. Zum Spannungsverhältnis zwischen Selbstbestimmungsrecht des Minderjährigen und Personensorgerecht der Eltern	229
a) Alleinentscheidungsrecht des Minderjährigen	230
b) Einwilligungskompetenz der gesetzlichen Vertreter	231
c) Kumulative Entscheidungskompetenz	232
d) Alternative Einwilligungskompetenz	233
e) Vetorecht des Minderjährigen	233
aa) BGH-Urteil aus dem Jahr 2006	233
bb) Analyse	234
f) Bewertung der dargestellten Lösungen zur Einwilligungskompetenz	236
g) Abschluss des Behandlungsvertrags	240
h) Zwischenfazit zum Spannungsverhältnis zwischen Selbstbestimmungsrecht des Minderjährigen und Personensorgerecht der Eltern	243
7. Zwischenergebnis zur Einwilligung	244
II. Fazit Kapitel C	246
 Kapitel D: Rechtsvergleichende Untersuchung zur Einwilligung in Österreich und der Schweiz	 249
I. Zivilrechtliche Regelungen hinsichtlich der medizinischen Behandlung von Minderjährigen in Österreich	251
1. Bedeutung der Einwilligung in die medizinische Behandlung im österreichischen Recht	251
2. Einsichts- und Urteilsfähigkeit als Ausgangspunkt	254
a) Die Handlungsfähigkeit des Kindes bei der Frage nach seiner Einwilligungsfähigkeit	254
b) Überblick über den Regelungsgehalt des § 173 ABGB	255
aa) Begriff der Einsichts- und Urteilsfähigkeit	256

bb)	Die Vermutungsregel des § 173 Abs. 1 ABGB zur Einsichts- und Urteilsfähigkeit speziell bei Kindern und Jugendlichen	258
(1)	Flexible Altersgrenze von 14 Jahren	258
(2)	Anwendungsbereich: Zum Begriff der „medizinischen Behandlung“ im Sinne von § 173 Abs. 1 ABGB	259
3.	Gesetz über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen (ÄsthOpG)	261
a)	Überblick über den Regelungsgehalt	262
b)	Verhältnis des § 7 ÄsthOpG zu den allgemeinen Bestimmungen des ABGB	263
c)	Anwendung auf die Behandlung intersexueller Kinder und Jugendlicher	265
4.	Die Einwilligung durch die Obsorgeberechtigten bei einwilligungsunfähigen Kindern und Jugendlichen	266
a)	Entscheidungskompetenz des Obsorgeberechtigten	266
b)	Person des Zustimmungsberechtigten	267
c)	Grenzen: Bindung an das Kindeswohl	269
d)	Beteiligung des einwilligungsunfähigen Minderjährigen	270
e)	Zwischenfazit zur Einwilligung bei der medizinischen Behandlung eines einwilligungsunfähigen Minderjährigen	271
5.	Die Einwilligung bei Behandlungen von einwilligungsfähigen Kindern und Jugendlichen	272
a)	Grundsatz: alleinige Einwilligungskompetenz gem. § 173 Abs. 1 ABGB	273
b)	Ausnahme: elterliches Zustimmungserfordernis gem. § 173 Abs. 2 ABGB	273
aa)	Anwendungsbereich des § 173 Abs. 2 ABGB	274
bb)	Rechtsnatur der elterlichen Zustimmung	276
cc)	Bedeutung des § 173 Abs. 2 ABGB für die Behandlung intersexueller Kinder und Jugendlicher	277
c)	Zwischenfazit zur Einwilligung in die medizinische Behandlung eines einwilligungsfähigen Minderjährigen	278

6. Zusammenfassung zur Einwilligung in die medizinische Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Österreich	280
II. Zivilrechtliche Regelungen hinsichtlich der medizinischen Behandlung von Minderjährigen in der Schweiz	281
1. Bedeutung der Einwilligung in die medizinische Behandlung im schweizerischen Recht	281
2. Urteilsfähigkeit als zentrales Kriterium	284
a) Grundsatz: Erfordernis der Handlungsfähigkeit, Art. 12 ZGB	284
b) Ausnahme: Urteilsfähigkeit bei Persönlichkeitsrechten, Art. 19c Abs. 1 Halbs. 1 ZGB	285
c) Urteilsfähigkeit im Sinne von Art. 16 ZGB	286
aa) Begriff der Urteilsfähigkeit	286
bb) Maßstab für die Urteilsfähigkeit im höchstpersönlichen Bereich	287
cc) Übertragung der allgemeinen Grundsätze auf die medizinische Behandlung von Kindern und Jugendlichen	289
(1) Rechtsprechung	290
(2) Analyse: Maßstab für die Beurteilung der Urteilsfähigkeit bei der medizinischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen	292
3. Die Einwilligung durch die Eltern bei Behandlungen von urteilsunfähigen Kindern und Jugendlichen	294
a) Entscheidungskompetenz des Sorgeberechtigten	295
b) Person des Zustimmungsberechtigten	297
c) Grenzen: Bindung an das Kindeswohl	298
d) Beteiligung des einwilligungsunfähigen Minderjährigen	301
e) Zwischenfazit zur Einwilligung bei der medizinischen Behandlung eines urteilsunfähigen Minderjährigen und Übertragung auf die Situation intersexueller Minderjähriger	302
4. Die Einwilligung bei Behandlungen von urteilsfähigen Kindern und Jugendlichen	304
a) Grundsatz: Alleinige Einwilligungskompetenz des urteilsfähigen Minderjährigen	304
b) Einwilligungskompetenz der Eltern in bestimmten Fällen	307

c) Zwischenfazit zu der Einwilligung bei der medizinischen Behandlung urteilsfähiger Kinder und Jugendlicher	308
5. Zusammenfassung zur Einwilligung in die medizinische Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz	308
III. Vergleich zur Rechtslage in Deutschland – Impulse für die Änderung der deutschen Regelungen?	310
1. Rechtliche Grundlagen zur Einwilligung in die medizinische Behandlung minderjähriger Patienten	310
2. Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit	313
3. Die Einwilligung in die medizinische Behandlung einwilligungsunfähiger Kinder und Jugendlicher	316
4. Einwilligungskompetenz bei der medizinischen Behandlung einwilligungsfähiger Kinder und Jugendlicher	320
5. Ergebnis für die deutsche Rechtsfortbildung	322
Kapitel E: Möglichkeiten zur Veränderung der rechtlichen Situation der Betroffenen	325
I. Analyse der bestehenden Rechtsschutzmöglichkeiten zur Wahrung der Rechte der minderjährigen intersexuellen Kinder bei medizinischen Maßnahmen	326
1. Bestandsaufnahme der gesetzlichen Bestimmung	326
a) Besondere und allgemeine zivilrechtliche Regelungen	326
b) Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche	328
c) Strafrechtliche Regelungen	330
2. Positionen und Forderungen intersexueller Menschen	332
a) Recht auf körperliche Unversehrtheit und Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit	333
b) Entwicklung einer eigenen Geschlechtsidentität und Selbstbestimmungsrecht	334
c) Entpathologisierung von Intersexualität	335
3. Schlussfolgerungen	336
II. Lösungsmöglichkeiten	337
1. Verbot geschlechtszuweisender Operationen	338
a) Absolutes Verbot	338
aa) Bestehen einer Schutzpflicht	339
bb) Geeignetheit	341

cc) Effektivität	342
dd) Angemessenheit/Verhältnismäßigkeit i. e. S.	343
(1) Familienrechtliche Herleitung aus § 1631 Abs. 2 S. 2 BGB	344
(2) Einbeziehung der weiteren Umstände der medizinischen Intervention	345
(3) Wünsche der Betroffenen	346
(4) Schutz der Selbstbestimmung	347
ee) Zwischenergebnis zum absoluten Verbot	348
b) Eingeschränktes Verbot	349
2. Regelungen zur Einwilligung durch den Minderjährigen	352
a) Gesetzliche Normierung der Einwilligungsfähigkeit und Selbstbestimmung	353
b) Gesetzliche Normierung einer Altersgrenze unter Berücksichtigung der Ergebnisse der rechtsvergleichenden Studie	354
aa) Gesetzliche Normierung einer Teilmündigkeit in Bezug auf den Behandlungsvertrag	358
bb) Vetorecht der Minderjährigen	359
3. Regelungen zur Einwilligung in die medizinische Behandlung bei einwilligungsunfähigen Kindern und Jugendlichen	365
a) Präventiver Erlaubnisvorbehalt mit Beteiligung einer Ethikkommission	366
b) Präventiver Erlaubnisvorbehalt mit Beteiligung des Familiengerichts	366
c) Diskussion und Ergebnis zur Genehmigungs- und Beteiligungspflicht medizinischer Maßnahmen	368
4. Gesetzesvorschlag zur Einwilligungsfähigkeit und zum Genehmigungsverfahren	371
5. Änderungen im Personenstandsrecht	374
a) Einführung eines „dritten“ Geschlechts	375
aa) Diskussion über die Einführung eines dritten Geschlechts	375
(1) Haltung von Betroffenenverbänden	376
(2) Gefahr weiterer Stigmatisierung und Ausgrenzung oder rechtliche Anerkennung durch ein drittes Geschlecht?	377
(3) Problematik der Kategorisierung und Zuordnung	379

bb) Notwendige Folgeänderungen im Familienrecht	382
(1) Ehe und Lebenspartnerschaft	382
(2) Abstammungsrecht	383
b) Abschaffung der Registrierung des Geschlechts im Recht	385
c) Zwischenfazit	390
III. Fazit Kapitel E	393
 Schlussbetrachtung	 397
 Literaturverzeichnis	 401
 Glossar	 441
 Anhang 1: Gesetzliche Grundlagen Österreich	 443
 Anhang 2: Gesetzliche Grundlagen Schweiz	 453
 Anhang 3: Zusammenfassung Gespräch mit Prof. Dr. Holterhus, 17.06.16	 457
 Anhang 4: Online-Umfrage zur Erfassung des Informationsstandes über Intersexualität	 461

Einleitung

I. Gegenstand und Zielsetzung der Arbeit

“I was born twice: first, as a baby girl, on a remarkably smogless Detroit day in January of 1960; and then again, as a teenage boy, in an emergency room near Petoskey, Michigan, in August of 1974.”

„I was beginning to understand something about normality. Normality wasn't normal. It couldn't be. If normality were normal, everybody could leave it alone. They could sit back and let normality manifest itself. But people – and especially doctors – had doubts about normality. They weren't sure normality was up the job. And so they felt inclined to give it a boost.”

— Jeffrey Eugenides, Middlesex¹

Intersexuelle scheinen in unserer bestehenden binären Gesellschaft keinen Platz zu haben. Ihre Existenz erfüllt uns mit Unsicherheit und Unbehagen. Sie lassen sich nicht einordnen und kategorisieren. Unsere Rechtsordnung und Gesellschaft beruhen auf der Annahme, dass es zwei Geschlechter gibt: das männliche und das weibliche. Diese unserer Gesellschaft inhärente zweigeschlechtliche Sichtweise steht allerdings angesichts von intersexuellen Menschen, die umgangssprachlich als Zwitter oder Hermaphroditen bezeichnet werden, im Widerspruch zur Wirklichkeit. Nicht allein unser Rechtssystem – wie etwa das Personenstandsgesetz –, sondern auch der Druck der gesellschaftlichen und sozialen Anpassung führen dazu, dass bei einer Vielzahl von Intersexuellen bereits im Kindesalter medizinische Behandlungen und Eingriffe vorgenommen werden, die zu einer eindeutigen geschlechtlichen Zuordnung führen. Dabei handelt es sich in der Regel um geschlechtszuweisende Operationen, die für eine Angleichung von äußerem Erscheinungsbild (hauptsächlich der Genitalien) an das gewählte Geschlecht sorgen. Diese Maßnahmen werden oftmals schon bei Säuglingen und Kleinkindern durchgeführt, also in einem Alter, in dem die betroffenen Kinder noch nicht selbst in die Behandlung einwilligen können. Die Entscheidung für ein bestimmtes Geschlecht geschieht folglich von

1 Jeffrey Eugenides erzählt aus der Sicht der intersexuellen Hauptfigur, deren Lebens- und Familiengeschichte. Der Roman erschien 2002 und Eugenides erhielt dafür den Pulitzer-Preis.

außen durch Eltern und Ärzte. Zu beachten ist, dass die medizinischen Interventionen bei intersexuellen Kindern – anders als der klassische Heileingriff – auf eine Geschlechtszuweisung gerichtet sind und nicht auf die Heilung von bestehender Krankheit. Darüber, ob solche Operationen tatsächlich notwendig sind, um (psychische) Schäden für die Kinder abzuwenden, gibt es bislang keine Studien.²

Die Auseinandersetzung mit Intersexualität wurde von unserer Gesellschaft lange beinahe völlig tabuisiert. Erst im letzten Jahrzehnt rückte das Thema zunehmend in die mediale Öffentlichkeit. Seine Aktualität und gesellschaftliche Bedeutung zeigt sich etwa an der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates 2012 und der Änderung des Personenstandsgesetzes 2013. Dennoch sind bis heute die wenigsten Menschen hinreichend über das Thema Intersexualität informiert. Kaum jemand im Alltag kennt intersexuelle Menschen, sie verbergen dies zumeist, um sich einer pathologischen Bewertung, die von der Medizin ausgeht, zu entziehen.³ Die Häufigkeit liegt, je nachdem, welche Formen einbezogen werden, bei Werten zwischen 0,018 und 1,7 %.⁴ Bei 787.500 Geburten im Jahr 2018 in Deutschland sind das mindestens 140 Kinder pro Jahr.

Dies ist für die Betroffenen unbefriedigend, da sich die Probleme rund um die medizinische Intervention bei Intersexualität im grundrechtsrelevanten Bereich abspielen. Sie betreffen Fragen des allgemeinen Persönlichkeitsrechts unter dem Blickpunkt der sexuellen Selbstbestimmung (Art. 2 I i. V. m. Art. 1 I GG), des Rechts auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 II 1 GG), des Rechts auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 I GG) und des elterlichen Erziehungsrechts (Art. 6 II GG). Die verfassungsrechtliche Komponente macht die enorme rechtliche, ethische und soziale Relevanz der damit einhergehenden Fragen deutlich.

Diese Arbeit wird zeigen, dass Recht, Medizin und Gesellschaft in ihrer zweigeschlechtlichen Normierung zum Nachteil intersexueller Menschen ineinandergreifen und die Betroffenen so in eine Lage versetzen, in der ihre Selbstbestimmung und körperliche Integrität nicht ausreichend geschützt sind.⁵ Das Recht drängt auf die Notwendigkeit einer eindeutigen Einordnung, die Medizin legt Standards „normaler“ geschlechtlicher Ent-

2 Dazu unter A.III.2.c).

3 *Woweries*, Wer ist krank? Wer entscheidet es? in: Schneider/Baltes-Löhr, Normierte Kinder, S. 105, 114.

4 Ausführlich zur Häufigkeit siehe unter A.II.3.

5 *Plett*, Intersexuelle - gefangen zwischen Recht und Medizin, in: Kohler/Pühl, Gewalt und Geschlecht, S. 21, 22, 30, 38 f.; *Büchler/Cottier*, Freiburger FrauenStudien 2005, 115, 124; *Lang*, Intersexualität, S. 132.

wicklung fest und pathologisiert Abweichungen und in der Gesellschaft herrscht das Bedürfnis, das Zweigeschlechtermodell zu befriedigen. Daraus ergibt sich als Ausgangslage eine Situation, die für die betroffenen Intersexuellen physisch und psychisch nicht tragbar ist. Sie erleiden Gewalt durch die medizinische Intervention, die vom Recht – so scheint es – gebilligt wird. Dieser Missstand ist Ausgangspunkt für die folgende rechtliche Bewertung. Sie wird zu dem Ergebnis kommen, dass die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen nicht ausreichen, um die intersexuell geborenen Kinder vor fremdbestimmten geschlechtszuweisenden Operationen zu schützen.⁶

Die Arbeit verfolgt zwei Zielsetzungen: Erstens soll die bisherige Praxis medizinischer Intervention und rechtlicher Zuweisung auf die Vereinbarkeit mit dem deutschen Recht überprüft werden.

Zweitens hat die Arbeit auch eine rechtspolitische Zielsetzung und es sollen rechtliche Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation von Betroffenen jenseits chirurgischer Operationen entwickelt und bewertet werden. Bis heute wird die Lösung für ein uneindeutiges Geschlecht meist in chirurgischen Eingriffen gesucht, die hohe Schadensrisiken bergen.⁷ Bei der Erarbeitung rechtspolitischer Reformvorschläge erfolgt nicht nur eine Auseinandersetzung mit solchen Vorschlägen, die sich explizit auf die medizinische Behandlung beziehen, wie zum Beispiel ein Verbot. Es werden darüber hinaus auch weitere Lösungsmöglichkeiten dargestellt und diskutiert, etwa zu Änderungen im Personenstandsrecht.

Der Schwerpunkt bei der Frage nach der Rechtmäßigkeit medizinischer Interventionen liegt auf der Prüfung der Einwilligung. Sofern der Minderjährige nicht einwilligungsfähig ist, bedarf es der Stellvertretung. Grundsätzlich steht dieses Recht nach den Regelungen der elterlichen Sorge den sorgeberechtigten Eltern zu. Bei sog. klassischen Heilbehandlungen bestehen in der Regel auch keine Bedenken hinsichtlich der Zulässigkeit der stellvertretenden Einwilligung durch die Eltern. In diesen Fällen dient die Vornahme der Behandlung der (Wieder-) Herstellung der Gesundheit und ist medizinisch indiziert.

Medizinische Interventionen bei intersexuellen Kindern hingegen bezwecken vielfach die chirurgische und/oder hormonelle Anpassung an das

6 Kolbe, Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht, S. 179; Matt, Juridikum 2006, 144, 145; Tönsmeier, Die Grenzen der elterlichen Sorge bei intersexuell geborenen Kindern, S. 262.

7 Woweries, Intersexualität – Medizinische Maßnahmen auf dem Prüfstand, S. 249, 251.

männliche oder weibliche Geschlecht und sollen die Kongruenz zwischen körperlichem Genital und dem zugewiesenen Geschlecht herstellen. Die Forderung der Vereindeutigung des Geschlechts kommt auch im Recht zum Ausdruck. Zwar erlaubt es die Einführung des § 22 Abs. 3 PStG, dass seit 2013 die Geschlechtsangabe offenbleiben und seit 2018 als „divers“ erfolgen kann, jedoch sind diese Optionen rechtlich unbedeutend, da das Recht keine Regelungen für Menschen bereithält, deren Geschlechtseintrag offen oder als „divers“ eingetragen ist. In der Medizin herrscht eine Sichtweise, die Intersexualität als krankhafte Abweichung von der normalen geschlechtlichen Entwicklung sieht.⁸ Zur Ermöglichung einer ungestörten psychischen Identitätsentwicklung werden daher geschlechtliche Vereindeutigungen empfohlen. Diesen Vorgaben entsprechend wurde und wird die Mehrzahl der intersexuellen Kinder schon früh dem männlichen oder weiblichen Geschlecht körperlich angepasst. Die Eingriffe sind zum großen Teil irreversibel. Sie betreffen die körperliche Integrität sowie das Selbstbestimmungsrecht der Kinder.⁹

Maßgeblich bei der Entscheidung, ob ein medizinischer Eingriff vorgenommen werden soll, ist das Kindeswohl. Dem Kindeswohl dienlich ist die Maßnahme jedenfalls dann, wenn sie zur Lebenserhaltung der Kinder zwingend medizinisch indiziert ist. In allen anderen Fällen stellt sich die Frage, ob die elterliche Einwilligung in medizinische Behandlungsmaßnahmen zulässig ist oder ob eine Einwilligung aufgrund der Betroffenheit höchstpersönlicher Rechtsgüter unzulässig ist.

II. Gang der Untersuchung

Zum besseren Verständnis wird im Kapitel A zunächst der Begriff der Intersexualität detailliert erläutert, wobei Intersexualität vor allem von Transsexualität abzugrenzen ist. Der Pschyrembel erklärt Intersexualität als „Sammelbezeichnung für Störungen der vorgeburtlichen sexuellen Differenzierung mit Ausprägung äußerer (ggf. auch innerer) Sexualorgane, die einem eindeutigen chromosomalen Geschlecht widersprechen oder mit gonosomalen Abweichungen verbunden sind“.¹⁰ Der Begriff Intersexuali-

8 Siehe ausführlich unter B.I.3.

9 Plett, Intersexuelle - gefangen zwischen Recht und Medizin, in: Kohler/Pühl, Gewalt und Geschlecht, S. 21, 36.

10 Pschyrembel, Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, Stichwort „Intersexualität“.

tät wird auch von Betroffenenvereinigungen genutzt.¹¹ Seit 2005 ist in der medizinischen Sprache der Begriff „*disorder of sexual development*“ (DSD), gebräuchlich.¹² Der Begriff soll zwar eine negative Zuschreibung im Sinne von Krankheit und Störung vermeiden,¹³ wird aber von Betroffenen weitestgehend abgelehnt, die gerade betonen, dass DSD pathologisierend wirke, weshalb diese Arbeit bei dem Begriff der Intersexualität bleibt.

Daneben wird der erste Teil das notwendige medizinische und biologische Hintergrundwissen darstellen. Es werden die biologischen Merkmale von Geschlecht, der Prozess der Geschlechtsdifferenzierung und die verschiedenen Formen von Intersexualität erläutert.

Letztlich ist auf die medizinische Diagnostik und Therapie einzugehen. Maßgeblich für die später zu behandelnde Aufklärung und Einwilligung ist der medizinische Standard der Behandlung bei Intersexualität. Diesbezüglich sind die Leitlinien der einschlägigen Fachgesellschaften relevant.¹⁴ Die bisherigen Leitlinien¹⁵ wurden grundlegend überarbeitet und 2016 durch die AWMF-Leitlinie 174/001 ersetzt. Ein Schwerpunkt in diesem Teil soll auf der sog. *optimal gender policy* liegen. Diese Empfehlungen aus den 1950er Jahren gehen auf den Mediziner *John Money* zurück und beeinflussen bis heute die medizinische Behandlungspraxis. *Money* plädiert für die frühzeitige Zuweisung eines Geschlechts, die operative Angleichung an dieses Geschlecht möglichst in den ersten Lebensmonaten/-jahren und die Geheimhaltung der Diagnose bzw. Nichtaufklärung des Betroffenen. Die medizinische Zuweisung zu einem Geschlecht und die operative Anpassung an ein Geschlecht werden auch heute noch praktiziert und empfohlen.¹⁶

Anschließend werden im Kapitel B die Kategorie Geschlecht im Recht und der gesellschaftliche Umgang mit Intersexualität untersucht. Das Geschlechtsmodell der westlichen Gesellschaften basiert auf der Annahme ex-

11 Z. B. Intersex Society of North America (ISNA), Intersexuelle Menschen e. V., Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e. V.

12 Der Begriff wurde vom Consortium on Disorder of Sex Development, das hauptsächlich aus medizinischen Experten, aber auch aus erwachsenen Intersexuellen und Angehörigen bestand, auf der Chicago Konsensus Konferenz entwickelt. Siehe dazu: *Hiort*, ZfS 2007, 99; *Thomas*, ZfS 2007, 186.

13 *Kolbe*, Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht, S. 18.

14 Näher: *Taupitz*, Bindungswirkung von Standards im Gesundheitswesen, in: Möllers, Geltung und Faktizität von Standards, S. 63 ff.

15 AWMF-Leitlinienregister Nr. 02/022, 027/047, 006/105 und 043/029.

16 *Krüger*, Rechtliche Fragen der Intersexualität, in: Finke/Höhne, Intersexualität bei Kindern, S. 55, 57.

klusiver Binarität von Mann und Frau und lässt keinen Raum für zwischengeschlechtliche Formen. Diese Prämisse ist für die gesamte folgende Diskussion von großer Bedeutung, da bei jeglichen Änderungen der Gesetze beachtet werden muss, dass diese nicht abstrakt bestehen, sondern stets an gesellschaftliche Strukturen rückgekoppelt sind. Wenn nun die Gesellschaft nicht dazu bereit ist, ihr binäres Geschlechtermodell aufzugeben, wird wohl auch eine Aufgabe der Kategorien Mann und Frau nicht zur Inklusion der Intersexuellen führen.

Sodann ist auf die Bedeutung des Geschlechts im Recht einzugehen. Es soll untersucht werden, wo im heutigen Recht geschlechtsspezifische Regelungen bestehen. Hinsichtlich besonderer Regelungen für intersexuelle Menschen sind solche im Bürgerlichen Gesetzbuch, anders als in dem früher geltenden Allgemeinen Preußischen Landrecht, nicht zu finden. Hier ist die Frage aufzuwerfen, ob Intersexualität als Geschlecht im Rechtssinne anzuerkennen ist. Dies wurde 2003 vom LG München abgelehnt.¹⁷ In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass es eine Vielfalt von Intersex-Formen gibt und daher wohl nicht von einem „dritten Geschlecht“ gesprochen werden kann.

Ein Schwerpunkt im zweiten Teil liegt auf der Geschlechtszuweisung bei der Geburt. Diese ist im Personenstandsgesetz (PStG) geregelt. Bis zur Neuregelung des § 22 Abs. 3 PStG im Jahre 2013 musste gemäß §§ 21 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. 18 PStG innerhalb einer Woche die eindeutige Zuordnung des Neugeborenen zum männlichen oder weiblichen Geschlecht erfolgen. Diese Regelung entsprach der von der *optimal gender policy* propagierten medizinischen Geschlechtszuordnung.¹⁸ Es stellt sich also die Frage, ob sich durch die Änderung des PStG in dem Sinne, dass bei Uneindeutigkeit des Geschlechts die Angabe entfallen bzw. als ‚divers‘ erfolgen kann, etwas an der medizinischen Behandlungspraxis geändert hat. Dies wurde durch die Befragung von Mediziner*innen und Mitarbeitern von Standesämtern untersucht.

Dabei hat sich gezeigt, dass durch die Möglichkeit des Entfallens des Geschlechtseintrags seit 2013 hinsichtlich der Häufigkeit der durchgeführten Operationen keine wesentliche Verbesserung eingetreten ist und somit weiterer Handlungsbedarf besteht. Dies stützt die These, dass die bestehende rechtliche Situation noch nicht ausreicht, um intersexuell geborene Kinder vor fremdbestimmten geschlechtszuweisenden Operationen zu

17 LG München, Beschluss vom 30. Juni 2003, abgedruckt in StAZ 2003, S. 303–305.

18 Rothärmel, MedR 2006, 274, 276.

schützen. Inwieweit sich die medizinische Behandlungspraxis durch die Schaffung des Geschlechtseintrags ‚divers‘ verändert, bleibt abzuwarten. Zwar ist positiv anzumerken, dass die Neuregelung die Existenz intersexueller Menschen erstmals rechtlich anerkennt. Auf der anderen Seite ist zu erwarten, dass Eltern eines neugeborenen intersexuellen Kindes sich möglicherweise gegen den Eintrag sträuben werden.¹⁹

Das Kapitel C befasst sich mit den Rechtsfragen bei geschlechtszuweisenden Operationen hinsichtlich Zulässigkeit, Einwilligung und Aufklärung. Dieser Teil umfasst die Fragen, die im Spannungsfeld von Medizin und Recht im juristischen Diskurs am problematischsten und wichtigsten sind. Die geschlechtszuweisenden Operationen an Kindern und Jugendlichen werden im Schrifttum bislang vor allem unter dem Blickwinkel der Selbstbestimmung der Kinder problematisiert.²⁰ Ansatzpunkt der nachfolgenden Untersuchung ist, ob geschlechtszuweisende und -vereindeutigende Operationen bei Minderjährigen überhaupt rechtmäßig sind, solange die Betroffenen nicht in der Lage sind, selbst darüber zu entscheiden. Zu den Voraussetzungen gehören die medizinische Indikation und eine wirksame Einwilligung. Ein großes Problem, das sich im Rahmen der medizinischen Indikation stellt, ist, dass geschlechtskorrigierende Operationen oftmals kosmetischen Charakter haben und für die Übereinstimmung zwischen zugewiesenem (biologischen) Geschlecht und geltenden kulturellen Normen sorgen sollen.²¹

Bei der Einwilligung wird zwischen der Einwilligung durch die Kinder und der durch die Eltern unterschieden.

Bei der Einwilligung durch die Eltern wird der Frage nachgegangen, ob diese überhaupt in geschlechtszuweisende Behandlungen ihrer Kinder einwilligen dürfen. Grundsätzlich ist die Gesundheitssorge Teil der elterlichen Sorge und die §§ 1626 ff. BGB verleihen den Eltern kraft ihrer Vertretungsmacht das Recht zur Einwilligung in medizinische Maßnahmen.²² Ein Teil der Operationen dient jedoch lediglich der Anpassung des äußere-

19 *Deutscher Ethikrat*, Stellungnahme - Intersexualität, S. 89, abrufbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-intersexualitaet.pdf> (besucht am 01.07.2017).

20 *Plett*, Zum Recht auf sexuelle Selbstbestimmung von Kindern, in: Burkhardt/ Graebisch/Pollähne, Korrespondenzen in Sachen: Strafvollzug, Rechtskulturen, Kriminalpolitik, Menschenrechte, S. 175 ff.; *Rothärmel*, MedR 2006, 274, 276.

21 *Büchler/Cottier*, Freiburger FrauenStudien 2005, 115, 128.

22 BGH NJW 1988, 2946, 2947; *Diederichsen*, in: Palandt, BGB, § 1626 Rn. 10; *Scheerer*, FamRZ 1997, 589, 591; *Belling/Eberl/Michlik*, Das Selbstbestimmungsrecht Minderjähriger bei medizinischen Eingriffen, S. 118; *Kern*, FamRZ 1981, 738,

ren Erscheinungsbildes und hat keine medizinische Indikation, sodass diese als rein kosmetische Operationen betrachtet werden können.²³ Bei Operationen wie dem Anlegen von abstehenden Ohren wird vertreten, dass diesbezüglich eine Einwilligung der Eltern möglich sei.²⁴ Allerdings haben Operationen im Genitalbereich weitaus weitreichendere Folgen. Es ist möglich, dass die sexuelle Sensibilität und Orgasmusfähigkeit verloren geht. Aufgrund dieser nachhaltigen Folge wird an dieser Stelle diskutiert, ob eine Einwilligung der Eltern bei geschlechtsanpassenden oder -zuweisenden Operationen, sofern kein Notfall vorliegt, der eine dringende Entscheidung erfordert, nicht gänzlich ausgeschlossen werden sollte. Dies bedarf einer Abwägung mit der möglicherweise entstehenden psychosozialen Belastung unbehandelter Kinder in unserem binären Gesellschaftsmodell. Gesetzliche Bestimmungen, die der elterlichen Sorge insofern eine Grenze setzen, sind etwa § 1631c BGB, wonach Eltern nicht in die Sterilisation ihres Kindes einwilligen können. Diese Vorschrift ist auch bei geschlechtszuweisender Behandlung intersexuell geborener Kinder relevant, sofern die Behandlung mit der Entfernung der Keimdrüsen (Gonadektomie) einhergeht. Eine grundsätzliche Grenze setzt § 1627 BGB, wonach die Eltern bei der Einwilligung an das Kindeswohl gebunden sind.

Bei der Einwilligung durch die Kinder soll vor allem deren Selbstbestimmungsrecht gewahrt werden. Es soll dargestellt werden, welche Voraussetzungen vorliegen müssen, damit Minderjährige in eigene Genitaloperationen einwilligen können, ab wann sie also für diesen Bereich einwilligungsfähig sind. Diesbezüglich bestehen bei medizinischen Behandlungen keine gesetzlichen Vorschriften. Die Rechtsprechung verlangt, dass die Person nach ihrer geistigen und sittlichen Reife in der Lage ist, Art und Wesen, Bedeutung sowie die Tragweite und Folgen des Eingriffs zu erkennen.²⁵ Die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit eröffnet daher den Ärzten einen gewissen Einschätzungsspielraum und garantiert damit keine Rechtssicherheit. Neben der Problematik der Feststellung der Einwilligungsfähigkeit stellt sich darüber hinaus die Frage, in welchem Verhältnis diese zur elterlichen Sorge steht, d. h. ob diese der elterlichen Entschei-

739; Lüderitz, Familienrecht, S. 302; Schmidt-Elsaesser, Medizinische Forschung an Kindern und Geisteskranken, S. 43; Rauscher, Familienrecht, S. 895; Veit, in: Bamberger/Roth, BGB, § 1626 Rn. 24; Peschel-Gutzeit, in: Staudinger, BGB, § 1626 Rn. 58, 88 ff.; Hoffmann, Personensorge, S. 161; Diederichsen, in: FS Hirsch, S. 355, 358 f.; Kern, NJW 1994, 753, 755 f.

23 Ausführlich dazu unter C.I.3.b).

24 Eser, in: Schönke/Schröder, § 223, Rdnr. 50b.

25 U.a. BGHSt 34, 1, 4. BGHZ 29, 176, 180.

dung vorgeht (Alleinentscheidungskompetenz des Minderjährigen) oder kumulativ die Einwilligung der Eltern vorliegen muss.

Kapitel D bildet eine rechtsvergleichende Analyse der speziellen Frage der Einwilligungsmöglichkeiten von Minderjährigen in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Diese dient dem Zweck zu prüfen, ob aus den Rechtsordnungen unserer Nachbarländer Elemente in unsere Rechtsordnung übernommen werden können, die zu einer eindeutigeren Rechtslage hinsichtlich der Einwilligungsmöglichkeiten Minderjähriger in Genitaloperationen führen können.

Im Kapitel E werden schließlich auf der Basis der Erkenntnisse der vorangegangenen Teile mögliche rechtliche Änderungen diskutiert, mit denen die Situation der Betroffenen verbessert werden könnten. Am Ende sollen aus juristischer, medizinischer und auch gesellschaftlicher Sicht tragfähige Lösungsmöglichkeiten für die Frage stehen, wie mit medizinischen Interventionen bei intersexuellen Minderjährigen umzugehen ist. Als Ansatzpunkte kommt der Schutz vor geschlechtszuweisende Operationen durch absolute und eingeschränkte Verbote in Betracht. Auf der Ebene der Einwilligung durch Minderjährige ist zu erwägen, die Einwilligungsfähigkeit gesetzlich zu normieren bzw. eine Vermutung, ab wann der Minderjährige einwilligungsfähig ist, aufzustellen. Hier sind die Ergebnisse der rechtsvergleichenden Studien einzubeziehen. Auch auf der Ebene des Personenstandsrechts sind Änderungen denkbar. Neben der Eintragung des Geschlechts als provisorisch könnte die Registrierung des Geschlechts im Geburtenregister abgeschafft werden. Die Lösungen sollen für alle Beteiligten eine sichere Handlungsgrundlage sein und vordergründig am Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen und deren Recht auf körperliche Unversehrtheit orientiert sein.

Kapitel A: Intersexualität – Was ist das?

Für die Bearbeitung der Rechtsfragen, die sich bei der medizinischen Intervention an intersexuellen Kindern stellen, bedarf es zunächst einer Konkretisierung des Begriffs der Intersexualität und ihrer Erscheinungsformen sowie einer Einführung in die medizinisch-biologischen Grundlagen, da Intersexualität in erster Linie biologisch-medizinisch definiert wird und sich das Recht auf diese naturwissenschaftlichen Definitionen bezieht.²⁶ Dieses Hintergrundwissen ist notwendig, um die mit der Behandlung von intersexuellen Kindern einhergehenden Fragen rechtlich beurteilen zu können.

Die Konkretisierung und damit die Definition des Begriffs der Intersexualität bereitet bereits aufgrund der großen Varianz intersexueller Erscheinungsformen Schwierigkeiten. Sie ist jedoch unerlässlich, um abzugrenzen, welche Erscheinungsbilder körperlicher Besonderheiten Grundlage dieser Arbeit sind (dazu A.I.1.). Darüber hinaus wird Intersexualität vielfach mit Transsexualität verwechselt und vermischt. Die beiden Gruppen der Inter- und Transsexuellen weisen jedoch sowohl körperlich als auch rechtlich große Unterschiede auf und verfolgen dementsprechend hinsichtlich rechtlicher Reformen und gesellschaftlicher Veränderungen unterschiedliche Interessen (dazu A.I.2.).

Die anschließende Darstellung der medizinisch-biologischen Grundlagen (A.II.) vermittelt einen Eindruck von der Komplexität des Phänomens Intersexualität. Sie ist essenziell, um die medizinische Behandlungspraxis und die verschiedenen Leitlinien, die Behandlungsempfehlungen aussprechen, einordnen und auf ihre Rechtmäßigkeit untersuchen zu können. Wie bereits angedeutet, existiert nicht nur eine Form von Intersexualität. Vielmehr werden zahlreiche Erscheinungsformen darunter zusammengefasst. Für die rechtliche Würdigung der ärztlichen Maßnahmen ist es folglich notwendig, dass die unterschiedlichen Behandlungsmaßnahmen bei den verschiedenen intersexuellen Erscheinungsformen fachlich korrekt auf ihre jeweilige medizinische Indikation geprüft werden. Aus diesem Grund werden die Ergebnisse dieses Kapitels der rechtlichen Würdigung in Kapitel C zugrunde gelegt.

²⁶ Kolbe, Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht, S. 23.

Nach dieser Darstellung der medizinischen Grundlagen folgt ein Abriss der Behandlungsleitlinien. Dieser soll illustrieren, welche ärztlichen Maßnahmen bei intersexuellen Kindern durchgeführt wurden und werden. Den Abschluss dieses Kapitels bildet die Darstellung der aktuellen Situation der medizinischen Praxis in Deutschland. Diese bildet den Ausgangspunkt bei der anschließenden rechtlichen Würdigung.

I. Begriffsbestimmung

1. Definition von Intersexualität

Es ist schwierig zu definieren, was Intersexualität genau ist und wie die Grenzen abzustecken sind. Im Deutschen lässt sich der Begriff am besten mit „Zwischengeschlechtlichkeit“ übersetzen.²⁷ Er bezeichnet Menschen, die aufgrund ihrer körperlichen Merkmale weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden können, ungeachtet dessen, ob dies bereits bei der Geburt oder erst später auffällt.²⁸ Ihre physischen Geschlechtsmerkmale entwickeln sich nicht so wie bei einem typischen Mann bzw. einer typischen Frau.²⁹ Der Begriff lässt dabei offen, ob es sich um ein „sowohl als auch“ oder um ein „weder noch“ handelt.³⁰ Intersexualität ist eine Sammelbezeichnung für zahlreiche Phänomene mit unterschiedlichen biologischen Ursachen.³¹ Gemeinsam ist ihnen, dass die geschlechtsdeterminierenden und -differenzierenden Merkmale des Körpers nicht alle dem gleichen Geschlecht entsprechen.³² So beschreibt auch der Pschyrembel³³ Intersexualität als „eine Sammelbezeichnung für Stö-

27 Wunder, APuZ, 20-21, 2012, 34, 35; Averkamp, Jenseits der zwei Geschlechter, S. 11; Schweizer, Sprache und Begrifflichkeiten, in: Schweizer/Richter-Appelt, Intersexualität kontrovers, S. 19, 30.

28 Averkamp, Jenseits der zwei Geschlechter, S. 11; Richter-Appelt, nach Fröhling, Leben zwischen den Geschlechtern, S. 109; Richter-Appelt/Schimmelman/Tiefensee, Bundesgesundheitsblatt 2013, 240, 240.

29 Katzer, Ärztliche Erfahrungen und Empfehlungen hinsichtlich Transsexualismus und Intersexualität, in: Katzer/Voß, Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung, S. 85, 87.

30 Wunder, APuZ, 20-21, 2012, 34, 35.

31 Richter-Appelt/Schimmelman/Tiefensee, Bundesgesundheitsblatt 2013, 240, 240; Richter-Appelt/Schönbucher/Schweizer, Gynäkologie und Geburtshilfe 2008, 37, 37; Averkamp, Jenseits der zwei Geschlechter, S. 11; vgl. auch Hiort, ZfS 2007, 99, 99.

32 Richter-Appelt/Schimmelman/Tiefensee, Bundesgesundheitsblatt 2013, 240, 240.

33 Standardlexikon der Medizin.

rungen der vorgeburtlichen sexuellen Differenzierung, bei der sich inneres und äußeres Genitale in unterschiedlich starker Ausprägung im Widerspruch zur chromosomalen Geschlechtsdeterminierung entwickelt haben“.³⁴ Die Art und das Ausmaß der Geschlechteranomalie sind abhängig von der Art der Störung, dem Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens und ihrer Intensität.³⁵ Daraus folgt eine Vielzahl von symptomatischen Erscheinungsformen, sodass der genaue Rahmen des Phänomens bislang nicht abgesteckt werden konnte.³⁶ Eine Einigkeit darüber, was Intersexualität genau ist, besteht in der Medizin daher bisher nicht.³⁷ So wird beispielsweise darum gerungen, ob das Adrenogenitale Syndrom (AGS) eine Form von Intersexualität darstellt.³⁸ Dabei handelt es sich um Personen, die genetisch eindeutig dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden können, bei denen aber aufgrund hormoneller Störungen eine Virilisierung³⁹ der äußeren Geschlechtsorgane eingetreten ist. Für die Einbeziehung von AGS als eine Form von Intersexualität spricht auch, dass die Medizin vermutet, dass es teilweise aufgrund der starken pränatalen Einwirkung von Androgenen⁴⁰ auf das ungeborene Kind für dieses schwierig sein kann, in die weibliche Geschlechtsrolle hineinzuwachsen.⁴² Zudem ist auch diese Gruppe Genitaloperationen und Hormonbehandlungen ausgesetzt.⁴²

34 *Pschyrembel*, *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*, Stichwort "Intersexualität".

35 *Heldmann*, *Jenseits von Frau und Mann*, in: Hauser-Schäublin/Röttger-Rössler, *Differenz und Geschlecht*, S. 54, 58.

36 *Heldmann*, *Jenseits von Frau und Mann*, in: Hauser-Schäublin/Röttger-Rössler, *Differenz und Geschlecht*, S. 54, 58.

37 *Averkamp*, *Jenseits der zwei Geschlechter*, S. 12; *Thyen*, nach: *Fröhling*, *Leben zwischen den Geschlechtern*, S. 143.

38 *Wunder*, *APuZ*, 20-21, 2012, 34, 35; siehe dazu auch *Deutscher Ethikrat*, *Stellungnahme - Intersexualität*, S. 11, abrufbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-intersexualitaet.pdf> (besucht am 01.07.2017).

39 Virilisierung bezeichnet in der Medizin einer Vermännlichung.

40 Sammelbezeichnung für männliche Sexualhormone, nach *Pschyrembel*, *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*, Stichwort "Androgene".

41 *Thyen*, zitiert nach: *Fröhling*, *Leben zwischen den Geschlechtern*, S. 143; vgl. auch *Jürgensen/Hiort/Thyen*, *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2008, 226, 226 f.; *Nieder/Jordan/Richter-Appelt*, *ZfS* 2011, 199, 208; *Fiedler*, *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung*, S. 167; *Meyer-Bahlburg*, *Geschlechtsidentität und Genitalien*, in: Finke/Höhne, *Intersexualität bei Kindern*, S. 38, 39; *Holterbus*, *Prägung des menschlichen Genoms durch Androgene*, in: Schweizer/Richter-Appelt, *Intersexualität kontrovers*, S. 69, 75 f.; weiter *Holterbus*, *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2008, 217, 220; *Holterbus*, *Gynäkologie und Geburtshilfe* 2008, 20, 21, der auf die gestörte sexuelle Differenzierung mit genitaler Virilisierung verweist.

42 *Kleinemeier/Jürgensen*, *Erste Ergebnisse der Klinischen Evaluationsstudie im Netzwerk Störungen der Geschlechtsentwicklung/ Intersexualität in Deutschland*,

Intersexuelle werden mehr umgangssprachlich auch als Hermaphroditen oder Zwitter bezeichnet.⁴³ Jeder dieser Begriffe wird bzw. wurde im medizinischen Kontext verwendet, um damit auf ein Abweichen von der Norm aufgrund eines uneindeutigen Geschlechtes aufmerksam zu machen,⁴⁴ wobei Hermaphrodit der älteste der Begriffe ist und aus der griechischen Mythologie stammt.⁴⁵

Im 20. Jahrhundert setzte sich zunehmend der Begriff „Intersexualität“ durch.⁴⁶ Im Gegensatz zum Begriff Hermaphrodit, der bedeutet, dass jemand zwei Geschlechter hat, beinhaltet Intersexualität die Vorstellung, dass jemand zwischen den Geschlechtern steht.⁴⁷ Unter dem Begriff Intersexualität bildeten sich Anfang der 1990er Jahre auch die ersten Betroffenen-Vereinigungen (z. B. die Intersex Society of North America, ISNA).⁴⁸ Sie setzten sich für eine Veränderung der medizinischen Behandlungspraxis und die rechtliche Anerkennung der Betroffenen ein.

Auf der Chicago Consensus Conference 2005 wurden diese traditionellen Begriffe schließlich durch *Disorders of Sex Development* (DSD) ersetzt.⁴⁹ DSD wird in der deutschen medizinischen Wissenschaft mit Störung der

Österreich und der Schweiz, Januar 2005 bis Dezember 2007, S. 16 f., abrufbar unter: http://www.netzwerk-dsd.uk-sh.de/fileadmin/documents/netzwerk/evalstudie/Bericht_Klinische_Evaluationsstudie.pdf (besucht am 01.07.2017); siehe auch *Kraus-Kinsky*, Adrenogenitales Syndrom, in: Schweizer/Richter-Appelt, Intersexualität kontrovers, S. 161 ff.; *Engert/Dettmer*, Indikation und Ergebnisse von Korrekturoperationen beim intersexuellen Genitale, in: Finke/Höhne, Intersexualität bei Kindern, S. 102, 109 ff.; *Grüters-Kieselich*, Störungen der Geschlechtsentwicklung, in: Finke/Höhne, Intersexualität bei Kindern, S. 31, 33 f.

43 *Kolbe*, Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht, S. 16.

44 *Calvi*, Eine Überschreitung der Geschlechtergrenzen?, S. 30; vgl. auch *Klöppel*, XX0XY ungelöst, S. 21.

45 *Klöppel*, XX0XY ungelöst, S. 21; siehe *Ovid*, Metamorphosen, Buch IV, Rn. 271-388.

46 *Zobel*, Intergeschlechtlichkeit, in: Schneider/Baltes-Löhr, Normierte Kinder, S. 227, 230; ausführlich *Kolbe*, Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht, S. 17; *Calvi*, Eine Überschreitung der Geschlechtergrenzen?, S. 34.

47 *Kolbe*, Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht, S. 18; *Dreger*, Hermaphrodites and the medical invention of sex, S. 31 ff.; *Schweizer*, Sprache und Begrifflichkeiten, in: Schweizer/Richter-Appelt, Intersexualität kontrovers, S. 19, 30 f.; *Plett*, Intersex und Menschenrechte, in: Lohrenscheit, Sexuelle Selbstbestimmung als Menschenrecht, S. 151, 151; *Calvi*, Eine Überschreitung der Geschlechtergrenzen?, S. 35.

48 *Kolbe*, Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht, S. 18.

49 *Hughes*, Archives of Disease in Childhood 2006, 554, 554; *Holterbus*, Monatsschrift Kinderheilkunde 2008, 217, 217.

Geschlechtsentwicklung übersetzt.⁵⁰ Nach dieser medizinischen Klassifikation⁵¹ ist dann von einem Fall von DSD auszugehen, wenn die Entwicklung des chromosomalen, gonadalen oder anatomischen Geschlecht untypisch verläuft.⁵² Der Begriff sollte rein phänomenologisch, also die Unterschiedlichkeit beschreibend, verwendet werden⁵³ und dadurch seine negative Zuschreibung im Sinne von Krankheit oder Störung verlieren.⁵⁴ Der Begriff DSD ist allerdings nicht unumstritten.⁵⁵ Betroffene wehren sich gegen die durch die Verwendung des Begriffs hergestellte Einordnung eines uneindeutigen Geschlechts als Krankheit und Störung.⁵⁶ Selbsthilfegruppen und auch das Netzwerk Intersexualität,⁵⁷ das an der Universität Lübeck angesiedelt ist, plädieren eher für Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung.⁵⁸ So hatten sie auch auf der Chicago Consensus Conference vorgeschlagen, von *Variations in Sex Development* zu sprechen, was aber abgelehnt wurde.⁵⁹ Der Fokus bei der medizinischen Betrachtung von DSD liegt allein auf körperlichen Aspekten.

50 Holterbus, Monatsschrift Kinderheilkunde 2008, 217, 217.

51 Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin.

52 Hiort, ZfS 2007, 99 ff.; Richter-Appelt/Schönbucher/Schweizer, Gynäkologie und Geburtshilfe 2008, 37, 37.

53 Hiort, ZfS 2007, 99, 100; Dreger/Chase/Sousa et al., Journal of Pediatric Endocrinology Metabolism 2005, 729, 730 ff.

54 Westenfelder, Gynäkologie und Geburtshilfe 2013, 24, 25.

55 Remus, Inter*Realitäten, in: Schmidt/Schondelmayer/Schröder, Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt, S. 63, 65; Ghatas, Intergeschlechtlichkeit im Internationalen Menschenrechtsdiskurs, in: BMFSFJ, Geschlechtliche Vielfalt Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten, S. 76, 79; Schönbucher/Schweizer/Richter-Appelt, Journal of Sex & Marital Therapy 2010, 193, 193.

56 Richter-Appelt, ZfS 2007, 93, 97; Hiort, ZfS 2007, 99, 99; Kolbe, Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht, S. 18.

57 Das Netzwerk „DSD/Intersexualität“ befasst sich mit angeborenen Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung. Es ist eines von zehn bundesweiten Netzwerken für seltene Erkrankungen und wird seit 2003 vom BMBF finanziell gefördert.

58 Intersexuelle Menschen, Intersexualität, Was ist das?, abrufbar unter: <http://www.im-ev.de/intersexualitaet/> (besucht am 01.07.2017).

59 Woweries, Zur Situation von Menschen mit Intersexualität in Deutschland, S. 1, abrufbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/woweries-stellungnahme-intersexualitaet.pdf> (besucht am 01.07.2017); Woweries, Wer ist krank? Wer entscheidet es?, in: Schneider/Baltes-Löhr, Normierte Kinder, S. 105, 106; vgl. auch Schönbucher/Schweizer/Richter-Appelt, Journal of Sex & Marital Therapy 2010, 193, 193 f.; Thomas, ZfS 2007, 186 ff.

Auch wenn der Begriff Intersexualität nicht völlig eindeutig und auch nicht unumstritten ist,⁶⁰ verbleibt diese Arbeit bei dieser Bezeichnung, da sie von den Betroffenen insgesamt am ehesten akzeptiert wird⁶¹ und sich auch deshalb anbietet, weil der Begriff grundsätzlich nicht pathologisch relevant ist. Zudem ist er auch unter Laien einigermaßen bekannt und hat sich medial durchgesetzt. Intersexualität dient in dieser Arbeit als Sammelbegriff für die verschiedensten in chromosomaler, gonadaler, genitaler oder hormoneller Hinsicht nicht eindeutig dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zuordenbarer Geschlechtsbilder.

2. Abgrenzung zu Transsexualität

Intersexualität wird oft mit Transsexualität verwechselt.⁶² Der ICD 10⁶³ definiert Transsexualität als Störung der Geschlechtsidentität.⁶⁴ Die beiden Phänomene haben die Besonderheit, dass in beiden Fällen eine große Vielfalt an möglichen Erscheinungsformen angenommen werden muss und dass sie nicht mit einer starren binären Geschlechtsordnung vereinbar sind.⁶⁵ Der grundlegende Unterschied besteht jedoch darin, dass Personen mit Transsexualität das Gefühl haben, in einem „falschen“ Körper des Gegengeschlechts zu stecken.⁶⁶ Betroffene identifizieren sich mit dem anderen Geschlecht und lehnen das eigene – biologisch eindeutige – Geschlecht ab.⁶⁷ Meist streben sie im Laufe ihrer Behandlung die Anpassung ihres Körpers an ihr gelebtes Geschlecht an und wollen schließlich auch

60 *Remus*, Inter*Realitäten, in: Schmidt/Schondelmayer/Schröder, Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt, S. 63, 64 f.

61 *Kolbe*, Liminalis 2008, 4; *Kolbe*, Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht, S. 18.

62 Dazu *Lang*, Intersexualität, S. 260.

63 International Classification of Diseases, 10. Version.

64 Ziffer F64, <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F64.0>; dazu *Neuschaefer-Rube/Scheidt/Groß*, Modelle zur Definition von Transsexualität und ihre Auswirkungen auf gesellschaftliche Akzeptanz, in: *Groß, Dominik/ Müller, Sabine/ Steinmetzer, Jan*, Normal-anders-krank?, S. 171, 173 f.

65 *Theilen*, StAZ 2014, 1, 2.

66 *Richter-Appelt/Schimmelmann/Tiefensee*, Bundesgesundheitsblatt 2013, 240, 240; *Lang*, Intersexualität, S. 260 f.; *Calvi*, Eine Überschreitung der Geschlechtergrenzen?, S. 109.

67 *Stern*, Intersexualität, S. 9; *Frewer/Säfken*, Intersexualität, Transsexualität, in: *Stahnisch/Steger*, Medizin, Geschichte und Geschlecht, S. 137, 147; *Lang*, Intersexualität, S. 261; *Helms*, Brauchen wir ein drittes Geschlecht?, S. 3 m. w. N.

einen rechtlichen Geschlechtswechsel vollziehen.⁶⁸ Der Körper von Transsexuellen entspricht äußerlich der Norm eines typischen männlichen bzw. weiblichen Körpers, weshalb Transsexualität als eine psychische Erkrankung angesehen wird und bis heute als Krankheit gilt.⁶⁹ Eine psychiatrische Diagnose gilt auch als Voraussetzung für entsprechende Behandlungsmaßnahmen.⁷⁰ Demgegenüber stellt Intersexualität zunächst einmal eine körperliche Diagnose dar, auch wenn Probleme hinsichtlich der Geschlechtsidentität oftmals mit Intersexualität einhergehen.

3. Zusammenfassung

Im medizinischen Kontext stellt Intersexualität eine Diagnose für eine abweichende Geschlechtsentwicklung dar. Intersexuelle Varianten sind dadurch gekennzeichnet, dass nicht alle geschlechtsbezogenen Merkmale zu einem eindeutig „männlichen“ oder „weiblichen“ Geschlecht führen. Diese Uneindeutigkeit grenzt Intersexualität auch von Transsexualität ab. Transsexuelle Menschen haben einen phänotypisch eindeutig männlichen oder weiblichen Körper, fühlen sich diesem Geschlecht aber nicht zugehörig, sondern streben das andere Geschlecht an. Eine genaue Definition für den Begriff „Intersexualität“ besteht hingegen nicht, vielmehr ist er ein Sammelbegriff für zahlreiche Phänomene mit unterschiedlichen biologischen Unterursachen, auf die im folgenden Abschnitt (A.II.) näher eingegangen wird.

II. Medizinische Grundlagen

Im Folgenden werden die entwicklungsbiologischen Grundlagen und Ursachen für das Entstehen von Intersexualität dargelegt. Intersexualität ist

68 Frewer/Säfken, Intersexualität, Transsexualität, in: Stahnisch/Steger, Medizin, Geschichte und Geschlecht, S. 137, 147, 150 f.; siehe auch Theilen, StAZ 2014, 1, 2; Calvi, Eine Überschreitung der Geschlechtergrenzen?, S. 109.

69 Richter-Appelt/Schimmelmann/Tiefensee, Bundesgesundheitsblatt 2013, 240, 243; Frewer/Säfken, Intersexualität, Transsexualität, in: Stahnisch/Steger, Medizin, Geschichte und Geschlecht, S. 137, 150; Calvi, Eine Überschreitung der Geschlechtergrenzen?, S. 111.

70 Frewer/Säfken, Intersexualität, Transsexualität, in: Stahnisch/Steger, Medizin, Geschichte und Geschlecht, S. 137, 147 ff.; Calvi, Eine Überschreitung der Geschlechtergrenzen?, S. 111 ff.

vielen Menschen immer noch nicht geläufig, was sich an zahlreichen Fehlvorstellungen, die vorherrschen, zeigt. Ein grundlegendes Verständnis der Besonderheiten von intersexuellen Menschen, wozu gerade die medizinisch-biologischen Grundlagen gehören, ist notwendig, um die rechtliche Lage korrekt zu bewerten.

1. Geschlechtsdifferenzierung

Um zu verstehen, wie Intersexualität entsteht, ist zunächst zu klären, wie die normale geschlechtliche Entwicklung abläuft (A.II.1.a)), um dann im Folgenden auf die verschiedenen Formen von Intersexualität näher einzugehen (A.II.1.b)).

a) Normale Sexualdeterminierung und -differenzierung

Die Geschlechtsentwicklung vollzieht sich stufenweise und umfasst vor allem drei sequenzielle Prozesse.⁷¹

Zunächst etabliert sich das genetische oder chromosomale Geschlecht durch die Befruchtung.⁷² Der normale Chromosomensatz des Menschen (Karyotyp) besteht aus 22 Autosomenpaaren (bestehen aus je einem strukturell gleichen väterlichen und mütterlichen Chromosom) sowie 2 Geschlechtschromosomen (Gonosomen).⁷³ Wird die Eizelle mit einer Samenzelle befruchtet, die zusätzlich zum haploiden Autosomensatz ein X- oder ein Y-Chromosom enthält, so ist das chromosomale Geschlecht entweder weiblich (46, XX) oder männlich (46, XY).⁷⁴ Vorst entwickeln sich männliche und weibliche Geschlechts- und Genitalorgane in einer indifferenten, sexuell nicht unterscheidbaren Form. Die Anlagen der Gonaden (Geschlechts- und Keimdrüsen) sowie der inneren und äußeren Geschlechtsorgane sind bis in die siebte Entwicklungswoche identisch und differenzieren sich erst dann in einem zweiten Schritt je nach Geschlecht in die

71 Kiechle, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 13.

72 Kiechle, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 13; Sinnecker, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 24; Diedrich/Holzgreve, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 38; Breckwoldt/Martius, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 1.

73 Breckwoldt/Martius, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 1.

74 Breckwoldt/Martius, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 1.

männliche oder weibliche Richtung.⁷⁵ Es bilden sich entweder Testes (Hoden) oder Ovarien (Eierstöcke), die das gonadale Geschlecht bilden.⁷⁶ Testes entwickeln sich unter dem Einfluss der „sexdeterminierenden Region“ auf dem Y-Chromosom (SRY).⁷⁷ Fehlt SRY, entwickeln sich ab der zehnten Schwangerschaftswoche Ovarien.⁷⁸ Die Entwicklung zum weiblichen Phänotyp ist also die biologische „Standardvorgabe“.⁷⁹ Die Entwicklung zum männlichen Phänotyp ist hingegen ein aktiver Prozess. Die weitere Differenzierung der inneren und äußeren Geschlechtsanlagen in Übereinstimmung mit dem gonadalen Geschlecht steht unter der Kontrolle der Sekretionsprodukte der fetalen Hoden.

Die inneren Geschlechtsorgane entwickeln sich bei beiden Geschlechtern aus zwei paarigen Geschlechtsgängen, dem Wolff- und dem Müller-Gangsystem.⁸⁰ Sind keine Hoden vorhanden, kommt es zur Regression der Wolff-Gänge, während sich aus den Müller-Gängen Uterus, Tuben und der obere Anteil der Vagina entwickeln.⁸¹ Auch das äußere Genital entwickelt sich weiblich, wenn es nicht durch Androgene virilisiert wird.⁸² Ein funktionsfähiges Ovar ist dazu nach heutigen Erkenntnissen nicht notwendig, lediglich die Abwesenheit von Testes.⁸³ Bei der Entwicklung des männlichen Geschlechts kommt es zunächst zur Differenzierung von Sertoli-Zellen, die das Anti-Müller-Hormon (AMH) bilden.⁸⁴ Das AMH unterdrückt die Entwicklung der Müller-Gänge.⁸⁵ Etwas später entwickeln sich die Leydig-Zellen, die unter Wirkung von Choriongonadotropin Testosteron produzieren.⁸⁶ Testosteron stimuliert die Entwicklung der Wolff-Gänge. Daraus gehen Nebenhoden, Samenleiter und Samenblasen hervor.⁸⁷ 5☯-Di-

75 *Schultka*, in: Finke/Höhne, Intersexualität bei Kindern, S. 15, 15; *Breckwoldt/Martius*, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 4; *Kiechle*, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 15; *Diedrich/Holzgreve*, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 38.

76 *Sinnecker*, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 24.

77 *Holterbus*, Gynäkologie und Geburtshilfe 2008, 20, 20.

78 *Sinnecker*, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 24.

79 *Schultka*, Genese und Entwicklung der Geschlechtsorgane, in: Finke/Höhne, Intersexualität bei Kindern, S. 15, 15.

80 *Sinnecker*, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 24.

81 *Kiechle*, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 15.

82 *Sinnecker*, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 24.

83 *Holterbus*, Gynäkologie und Geburtshilfe 2008, 20, 20.

84 *Kiechle*, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 15.

85 *Holterbus*, Monatsschrift Kinderheilkunde 2008, 217, 218.

86 *Wieacker*, Geschlechtsdifferenzierung und ihre Abweichung, in: Duttge/Engel/Zoll, Sexuelle Identität und gesellschaftliche Norm, S. 1, 3.

87 *Sinnecker*, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 25.

hydrotestosteron (DHT), das in der Peripherie durch die 5 α -Reduktase aus Testosteron entsteht, bewirkt die Virilisierung des äußeren Genitals.⁸⁸ Unter seiner Wirkung entwickelt sich der Genitalhöcker zum Penis, die Urethralfalten schließen sich und die Genitalwülste entwickeln sich zum Skrotum (Hodensack).⁸⁹

Das Geschlecht eines Menschen ist mithin das Resultat komplexer Vorgänge, unter denen die genetische Disposition, der Chromosomensatz, hormonelle Einflüsse, das somatische und psychische Geschlecht, das personenstandsrechtliche Geschlecht und die Geschlechtsrollenzuweisung von Beziehungspersonen eine mehr oder weniger wichtige Bedeutung haben.⁹⁰

b) Störungen der sexuellen Differenzierung und Ursachen von Intersexualität

Abweichungen der normalen Entwicklung können zu jedem Zeitpunkt auf allen Stufen der sexuellen Differenzierung auftreten.⁹¹ Entsprechend vielfältig sind die Erscheinungsformen von Intersexualität.⁹² Den Störungen der Geschlechtsdifferenzierung können sowohl Gendefekte (Punktmutation)⁹³ und exogene Noxen⁹⁴ als auch Chromosomenaberrationen⁹⁶ zugrunde liegen.⁹⁶ Die Chromosomenaberrationen lassen sich unterteilen

88 *Sinnecker*, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 25; *Kiechle*, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 15.

89 *Kiechle*, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 15.

90 *Sinnecker*, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 25 f.

91 *Sinnecker*, Intersexualität, in: Esser-Mittag/Wolf, Kinder- und Jugendgynäkologie, S. 171, 174; *Sinnecker*, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 26.

92 *Sinnecker*, Intersexualität, in: Esser-Mittag/Wolf, Kinder- und Jugendgynäkologie, S. 171, 174; *Sinnecker*, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 26.

93 Mutation, bei der ein einzelnes Nukleotid in der DNA-Sequenz verändert ist, aus *Psyhyrembel*, Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch, Stichwort "Punktmutation".

94 Stoff mit schädigender Wirkung von außerhalb des Organismus, aus *Psyhyrembel*, Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch, Stichwort "exogen", Stichwort "Noxe".

95 Abweichung von der normalen Struktur oder Anzahl der Chromosomen, aus *Psyhyrembel*, Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch, Stichwort "Chromosomenaberration".

96 *Diedrich/Holzgreve*, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 41.

in Veränderungen der Chromosomenstruktur und Veränderungen der Chromosomenanzahl.⁹⁷

Die genauen Ursachen jeder einzelnen Form von Intersexualität sind bislang noch nicht eindeutig geklärt.⁹⁸ Sie können bei dem einzelnen Menschen verschiedene (und mehrere) Ursachen haben. Möglich sind chromosomale Variationen. Dabei zeigen sich statt der durchschnittlich am häufigsten vorkommenden Karyotypen 46,XX (weiblich) und 46,XY (männlich) die Varianten 45,X (Turner-Syndrom) mit einem weiblichen Phänotyp,⁹⁹ 47,XXY (Klinefelter-Syndrom)¹⁰⁰ mit einem männlichen Phänotyp und Mosaiken.¹⁰¹ Darüber hinaus können gonadale Variationen Intersexualität bedingen. Dazu gehören die fehlende Entwicklung (Agonadismus), Ausbildung ganz oder partieller Streifengonaden bzw. ovarielle und testikuläre Gewebeanteile in entweder denselben (Ovotestes) oder getrennten Keimdrüsen.¹⁰² Solche ovotestikulären Störungen sind aber eine Rarität. Meist liegen auch bei Intersexualität genetisch eindeutig weibliche oder männliche Menschen vor, die virilisiert bzw. unzureichend maskulinisiert sind.¹⁰³ Letztlich spielen auch hormonelle Variationen und ein disbalancierter Hormonhaushalt der Mutter während der Schwangerschaft bei der Entstehung von Intersexualität eine Rolle.¹⁰⁴

2. Formen von Intersexualität

Intersexualität gliedert sich in eine Vielzahl von Syndromen mit jeweils typischen körperlichen Erscheinungsformen. Diese sollen im folgenden Abschnitt dargestellt werden. Die medizinische Klassifikation richtet sich nach den zugrunde liegenden Geschlechtschromosomen und unterteilt zwischen drei Gruppen der Intersexualität: XX- und XY-Formen sowie seltene Formen mit Chromosomenabberationen oder Mosaikformen (46,XY DSD, 46,XX DSD und Geschlechtschromosomen DSD).¹⁰⁵

97 *Diedrich/Holzgreve*, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 41; *Pschyrembel*, Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, Stichwort "Chromosomenaberration".

98 *Holterbus*, Gynäkologie und Geburtshilfe 2008, 20, 22.

99 *Diedrich/Holzgreve*, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 44.

100 Seltener kommt auch der Karyotyp XXXY, XXYY oder XXXXY vor.

101 *Diedrich/Holzgreve*, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 44.

102 *Sinnecker*, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 27 f.

103 *Sinnecker*, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 27.

104 Vgl. *Diamond/Richter-Appelt*, ZfS 2008, 369, 370.

105 *Sinnecker*, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 24.

a) XX-Formen

Die häufigste Störung der Geschlechtsentwicklung bei genetisch weiblichen Neugeborenen ist das Androgenitale Syndrom (AGS).¹⁰⁶ Es kann ein inkompletter bis kompletter Defekt der Kortisol- und Aldosteronsynthese vorliegen.¹⁰⁷ Die kompensatorische Überproduktion männlicher Sexualhormone führt insbesondere zu einer Erhöhung der Androgene, wodurch bei den betroffenen Mädchen bei Geburt eine ausgeprägte genitale Virilisierung¹⁰⁸ mit Klitorishypertrophie¹⁰⁹ vorliegt.¹¹⁰ Den Schweregrad dieser Virilisierung teilt man nach Prader ein.¹¹¹ Diese Einordnung geht auf den gleichnamigen Kinderendokrinologen zurück. Dabei steht Prader 5 für ein typisch männliches Erscheinungsbild und Prader 0 für ein typisch weibliches Erscheinungsbild. Kinder mit uneindeutigem Genital werden in die Zwischenstufen Prader 1–4 eingeteilt.

106 Kiechle, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 25.

107 Kiechle, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 25.

108 Unter Virilisierung versteht man die Ausprägung männlicher Geschlechtsmerkmale bzw. eines männlichen Phänotyps bei einem genetisch weiblichen Individuum unter dem Einfluss männlicher Geschlechtshormone.

109 Als Klitorishypertrophie wird in der Medizin eine abnormale Vergrößerung der Klitoris verstanden. Frauen leiden hierbei unter einer Klitoris, die teilweise durch ihre ungewöhnliche Größe dem männlichen Penis ähnelt.

110 Kiechle, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 25; Diedrich/Holzgreve, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 48.

111 Man klassifiziert von Prader I bis V.

Abbildung 1¹¹²: Endokrinologie und Diabetologie

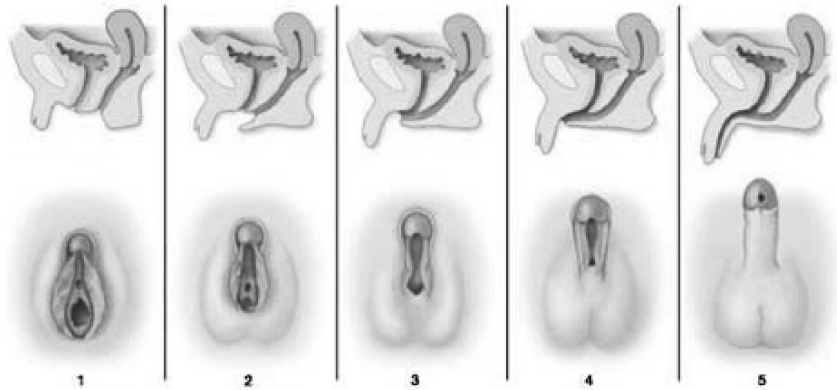


Abb. 9.28 Einstellung des intersexuellen Genitales nach Prader beim Pseudohermaphroditismus femininus.

Prader 1: Leichte Klitorishypertrophie (Länge $> 4 \pm 1.2$ mm, Breite $> 3.3 \pm 0.8$ mm), getrennte äußere Öffnung von Urethra und Vagina.

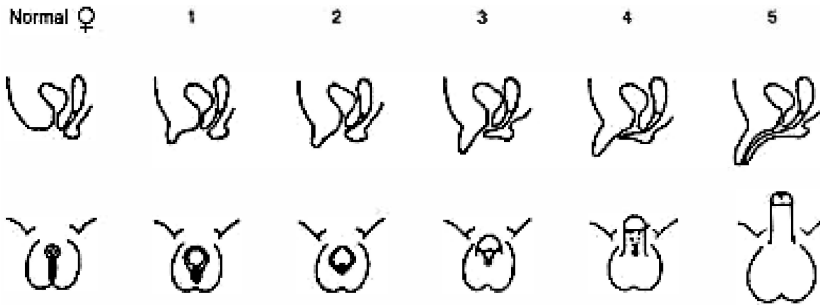
Prader 2: deutliche Klitorishypertrophie, getrennte äußere Öffnung von Urethra und Vagina.

Prader 3: Klitorishypertrophie, kurzstreckiger Sinus urogenitalis, beginnende labiale Fusion, weite äußere Öffnung.

Prader 4: Klitorishypertrophie, langstreckiger Sinus urogenitalis, partielle labiale Fusion, engere äußere Öffnung.

Prader 5: vollständige Virilisierung des äußeren Genitales, labiale Fusion, langstreckiger Sinus urogenitalis, singuläre Öffnung.

112 Bettendorf/Grulich-Henn, in: Mayatepek, Pädiatrie, S. 243, 286.

Abbildung 2¹¹³

Grade 1 = genitalia of female appearance, with just an enlarged phallus; Grade 2 = phallus further enlarged, associated with posterior fusion of the labioscrotal folds, without a urogenital sinus; Grade 3 = significant increase in phallus size, associated with almost complete fusion of the labioscrotal folds, and the presence of a urogenital sinus with perineal opening; Grade 4 = phallus with penile appearance, associated with complete fusion of labioscrotal folds, and a urogenital sinus with perineal opening at the base or ventral surface of the phallus; Grade 5 = phallus with the appearance of a well-developed penis, associated with complete fusion of the labioscrotal folds, and a urogenital sinus and opening in the body of the phallus or balanic area.

Figure 1 – Prader's classification of grades of genital ambiguity

Die Bandbreite erstreckt sich von einer leichten Klitorishypertrophie bis zu einer kompletten Fusion der Labioskrotalfalten mit Ausbildung einer penisartigen Klitoris, auf deren Glans die Urethra mündet.¹¹⁴ Ursache des AGS ist in Mitteleuropa in über 90 Prozent der Fälle der 21-Hydroxylasemangel.¹¹⁵ In schweren Fällen kommt zusätzlich eine lebensbedrohliche Salzverlustkrise hinzu.¹¹⁶ Die Kinder zeigen in diesen Fällen zunächst unspezifische Symptome wie Trinkschwäche, Erbrechen und zunehmende Apathie.¹¹⁷ Laborchemisch findet man eine Hyponatriämie, Hyperkaliä-

113 Guerra-Júnior/Maciél-Guerra, *Jornal de Pediatria* 2007, 184, 187.

114 Diedrich/Holzgreve, *Gynäkologie und Geburtshilfe*, S. 48; Kiechle, *Gynäkologie und Geburtshilfe*, S. 25.

115 Riepe/Sippell, *Kinder- und Jugendarzt* 2008, 102, 104.

116 Riepe/Sippell, *Kinder- und Jugendarzt* 2008, 102, 109; Schweizer, *Geschlechtsentwicklung und zwischengeschlechtliche Formenvielfalt*, in: Schweizer/Richter-Appelt, *Intersexualität kontrovers*, S. 43, 55.

117 Riepe/Sippell, *Kinder- und Jugendarzt* 2008, 102, 109; Schweizer, *Geschlechtsentwicklung und zwischengeschlechtliche Formenvielfalt*, in: Schweizer/Richter-Appelt, *Intersexualität kontrovers*, S. 43, 55.

mie und metabolische Azidose. Wird eine solche Salzverlustkrise nicht umgehend behandelt, verläuft sie letal.¹¹⁸ Früher war eine solche Salzverlustkrise aufgrund eines unerkannten und folglich unbehandelten AGS auch ein häufiger Grund für den plötzlichen Kindstod. Heute wird das AGS durch das flächendeckende Neugeborenencreening frühzeitig erkannt.¹¹⁹

b) XY-Formen

Zu der Gruppe mit eigentlich „männlichem“ XY-Chromosomensatz zählen u. a. die sog. Störung der Androgenbiosynthese, Androgenresistenz und Gonadendysgenese.¹²⁰ Die betroffenen Personen weisen einen XY-Chromosomensatz (bzw. bei einigen Gonadendysgenesen auch XY-Mosaik-Karyotypen) auf, erscheinen häufig weiblich, haben aber keinen Uterus und keine Ovarien. Der Phänotyp reicht vom äußerlich normalen Mann, bei dem nur subtile Defizite der Androgenwirkung nachweisbar sind, über alle Zwischenstufen ambivalenter Genitalentwicklung bis zum äußerlich weiblichen Phänotyp.¹²¹

Ursache kann entweder eine globale Funktionsstörung des embryonalen Hodens sein (Gonadendysgenese), der Verlust einer isolierten Funktion des sonst normal entwickelten Hodens (Leydig-Zell-Hypoplasie, Testosteronbiosynthesedefekt) oder eine Unfähigkeit des Gewebes, auf das vom normal funktionierenden Hoden gebildete Testosteron anzusprechen (Androgenrezeptordefekt, 5 α -Reduktase-2-Defekt).¹²² Funktionsstörungen der Androgenbiosynthese oder -wirkung sind selten.

aa) Gonadendysgenesen

Bei den Gonadendysgenesen handelt es sich um Entwicklungsstörungen der fetalen Hoden.¹²³ Sie sind eine der häufigen Ursachen von 46,XY

118 Riepe/Sippell, Kinder- und Jugendarzt 2008, 102, 109.

119 Riepe/Sippell, Kinder- und Jugendarzt 2008, 102, 110; Schweizer, Geschlechtsentwicklung und zwischengeschlechtliche Formenvielfalt, in: Schweizer/Richter-Appelt, Intersexualität kontrovers, S. 43, 55.

120 Köhler, korasion 2010, 15, 15; Sinnecker, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 24.

121 Sinnecker, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 27.

122 Sinnecker, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 27.

123 Schweizer, in: Schweizer/Richter-Appelt, Intersexualität kontrovers, S. 43, 59.

DSD.¹²⁴ Die Patienten haben einen normalen 46,XY Chromosomensatz, aber eine globale Funktionsstörung der Hoden.¹²⁵ Das Testosteron ist nicht ausreichend wirksam, was dazu führt, dass Betroffene unzureichend maskulinisiert sind. Zusätzlich haben sich – aufgrund unzureichender Wirkung des Anti-Müller-Hormons – die Müller-Strukturen weiterentwickelt, wodurch die Genitale mehr oder weniger weiblich erscheinen.¹²⁶ Man unterscheidet zwischen kompletter und gemischter (inkompletter) Gonadendysgenese. Bei der kompletten Gonadendysgenese lassen sich beidseitig nur noch bindegewebige Stränge nachweisen (sog. Streak-Gonaden).¹²⁷ Das Spektrum der gemischten Gonadendysgenese ist vielfältig. Möglich sind Formen vom einseitig normal differenzierten und kontralateral dysgenetischen Hoden über alle Zwischenstufen der beidseitigen Gonadendysgenese.¹²⁸

Der Phänotyp von Betroffenen mit kompletter Gonadendysgenese ist weiblich.¹²⁹ Betroffene stellen sich in der Regel im Pubertätsalter wegen fehlender Brustentwicklung oder primärer Amenorrhö vor.¹³⁰ Betroffene mit gemischter Gonadendysgenese fallen hingegen schon bei der Geburt aufgrund ihres uneindeutigen Genitals auf.¹³¹

bb) Androgenresistenz (Androgen-Insensitivitäts-Syndrom, AIS)

Die Androgenresistenz ist neben der Gonadendysgenese die häufigste Form der Ursache für 46,XY DSD.¹³² Dabei ist trotz normaler oder erhöhter Konzentration der Androgene im Plasma ihre Wirkung unzureichend.¹³³ Phänotypisch können Betroffene sowohl unauffällig männlich oder weiblich sein. Daneben sind alle Zwischenformen möglich. Ursache

124 Köhler, *Korasion* 2010, 15, 17.

125 Sinnecker, *Kinder- und Jugendarzt* 2014, 24, 27 f.

126 Sinnecker, *Kinder- und Jugendarzt* 2014, 24, 28.

127 Schweizer, *Geschlechtsentwicklung und zwischengeschlechtliche Formenvielfalt*, in: Schweizer/Richter-Appelt, *Intersexualität kontrovers*, S. 43, 59 f.

128 Sinnecker, *Kinder- und Jugendarzt* 2014, 24, 28.

129 Köhler, *Korasion* 2010, 15, 17; Sinnecker, *Kinder- und Jugendarzt* 2014, 24, 28; Breckwoldt/Martius, *Gynäkologie und Geburtshilfe*, S. 7.

130 Breckwoldt/Martius, *Gynäkologie und Geburtshilfe*, S. 8 f.; Köhler, *Korasion* 2010, 15, 17.

131 Köhler, *Korasion* 2010, 15, 17.

132 Köhler, *Korasion* 2010, 15 16; Holterhus, *Gynäkologie und Geburtshilfe* 2008, 20, 22.

133 Sinnecker, *Kinder- und Jugendarzt* 2014, 24, 33.

sind Mutationen des Androgenrezeptors mit komplettem oder partiellem Funktionsverlust.¹³⁴

Wie bei der Gonadendysgenese werden auch bei der Androgenresistenz die komplette und die partielle Form unterschieden. Bei der kompletten Androgenresistenz (CAIS) sind Betroffene genetisch männlich, zeigen aber einen weiblichen Phänotyp.¹³⁵ Auch in der Pubertät entwickeln sich die sekundären weiblichen Geschlechtsmerkmale.¹³⁶ Zur diagnostischen Abklärung kommt es meist aufgrund des Ausbleibens der Regelblutung.¹³⁷

Das klinische Bild der partiellen Androgenresistenz (PAIS) ist variantenreich, je nach Ausprägung des Defekts.¹³⁸ Neben dem überwiegend weiblichen Phänotyp mit blind endender Vagina über verschiedene Stufen eines uneindeutigen Genitals bis hin zu normal entwickelten Männern sind alle Formen möglich.¹³⁹ In der Pubertät kommt es aufgrund der partiellen Wirkung der Androgene trotz hoher Testosteronwerte nur zu mäßigen Ausbildung männlicher sekundärer Geschlechtsmerkmale.¹⁴⁰

cc) Störungen der Androgensynthese oder -wirkung

Selten verursachen komplette Androgensynthesedefekte (LH-Rezeptordefekt, 17-HSD-III-, 5 α -Reduktase- II-Mangel) 46,XY DSD mit äußerlich weiblichem Genitale.¹⁴¹ Allen drei Defekten ist gemeinsam, dass kein Uterus, aber Testes vorhanden sind. Betroffene erscheinen äußerlich weiblich und werden in der Regel in der Pubertät bei ausbleibender pubertärer Entwicklung bzw. zunehmender Virilisierung (beim 17-HSD-III-oder 5 α -Reduktase-II-Mangel) beim Arzt vorstellig.¹⁴² Die spontane Virilisierung durch die steigende Androgenproduktion in der Pubertät ist das bemerkenswerte Charakteristikum dieser Form der Intersexualität.¹⁴³ Aus diesem

134 Holterbus, Gynäkologie und Geburtshilfe 2008, 20, 22.

135 Köhler, korasion 2010, 15, 16; Kiechle, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 22.

136 Holterbus, Gynäkologie und Geburtshilfe 2008, 20, 22.

137 Köhler, korasion 2010, 15, 16; Kiechle, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 22.

138 Kiechle, Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 22.

139 Köhler, korasion 2010, 15, 18.

140 Sinnecker, Kinder- und Jugendarzt 2014, 24, 34.

141 Köhler, korasion 2010, 15, 18; Schweizer, in: Schweizer/Richter-Appelt, Intersexualität kontrovers, S. 43, 56.

142 Köhler, korasion 2010, 15, 18; Schweizer, in: Schweizer/Richter-Appelt, Intersexualität kontrovers, S. 43, 57 f.

143 Sinnecker, Intersexualität, in: Esser-Mittag/Wolf, Kinder- und Jugendgynäkologie, S. 171, 171.

Grund werden sie in der Literatur auch als „pubertal change syndromes“ bezeichnet und häufig erst in der Pubertät erkannt.¹⁴⁴

3. Häufigkeiten

Aufgrund der Praxis, Intersexualität zu tabuisieren, gibt es kaum belastbare Zahlen über die tatsächliche Häufigkeit dieses Phänomens.¹⁴⁵ Die genannten Zahlen sind allesamt Schätzungen. Der einzige Versuch zu einer sehr aufwendigen Zählung von 2000–2002 durch die ESPED¹⁴⁶ war nicht erfolgreich, da sich nur 21 % der vielen beteiligten Kliniken aus Deutschland zurückmeldeten.¹⁴⁷

Die Angaben zur Häufigkeit variieren wegen der Vielfalt der Ursachen und Erscheinungsformen erheblich. Die Schwierigkeiten bei der Angabe der Häufigkeit rühren daher, dass keine medizinisch trennscharfe Definition von Intersexualität besteht und somit in den verschiedenen Wissenschaften nicht einheitlich beurteilt wird, welche Phänomene zur Intersexualität hinzugezählt werden.¹⁴⁸ Dementsprechend lassen sich die angegebenen Zahlen auch nur schwer vergleichen. Es finden sich Zahlen von weniger als einem Promille¹⁴⁹ bis zu 1,7 %¹⁵⁰ der Bevölkerung. Schätzungen zufolge gibt es in Deutschland 8.000 bis 10.000 intersexuelle Menschen¹⁵¹ und es werden jährlich zwischen 150–340 intersexuelle Kinder geboren,¹⁵² das wäre jedes 4000. bis 2000. Kind, wobei teilweise auch deutlich höhere Zahlen genannt werden.¹⁵³ Die Bundesärztekammer geht davon aus, dass

144 Meyer-Bahlburg/Migeon *et al.*, The Journal of Urology 2004, 1615 ff.; Schweizer, Geschlechtsentwicklung und zwischengeschlechtliche Formenvielfalt, in: Schweizer/Richter-Appelt, Intersexualität kontrovers, S. 43, 57.

145 Chau/Herring, International Journal of Law, Policy and the Family 2002, 327, 332.

146 Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland.

147 Thyen *et al.*, Hormone Research 2006, 195.

148 Kolbe, Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht, S. 29.

149 Sax, The journal of Sex research 2002, 174, 174.

150 Fausto-Sterling, Sexing the body, S. 51.

151 Heinze, Intersexualität - Einfach anders oder behandlungsbedürftig?, Radiobeitrag im BR, 23.02.2012.

152 Tauber, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 17/143, 17176 A; Tauber, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 17/219, 27222 B.

153 Psyhyrembel, Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch., Stichwort „Intersexualität“ gibt eine Häufigkeit von 1:500 an; Böcker/Denk/Heitz, Pathologie, S. 730 geben unter Einbeziehung der Gonadendysgenese 1 % an.