

Ärztliche Erfahrungen und Empfehlungen hinsichtlich Transsexualismus und Intersexualität

Michaela Katzer

»Schluss mit genitalen Zwangsoperationen! Menschenrechte auch für Zwitter!« Diese Forderung der Menschenrechtsorganisation »Zwischengeschlecht« steht bewusst am Anfang dieses Artikels, falls manche ihn nicht weiter durchlesen werden.

Übersicht

Ärzte somatischer Disziplinen behandeln Patient_innen sowohl bei Transsexualismus als auch bei Intersexualität. Dieser Artikel liefert Informationen über diese Themenkomplexe, die für alle beteiligten Berufsgruppen hilfreich sind; klinische Daten werden dargelegt und ausgewertet. Ärztliche Erfahrungen und Forderungen von Betroffenenorganisationen gebieten Änderungen im Umgang mit diesen Patient_innengruppen. Die Verfasserin verzahnt in diesem Beitrag ihre Erfahrungen als Ärztin, die wissenschaftliche Perspektive und Positionen von Selbstorganisationen.

Vorbemerkungen

Die Abhandlung von Transsexualismus und Intersexualität innerhalb eines Artikels gilt als problematisch, denn es handelt sich um zwei sehr unterschiedliche Diskurse, die einander allenfalls gegenübergestellt, aber keineswegs miteinander vermengt werden dürfen. Der Diskursbegriff nach Foucault (Lang, 2006, S. 60) beschreibt sinngemäß eine Art Regelwerk, was zu einem bestimmten Themen-

komplex in einer bestimmten Epoche gesagt werden muss, was gesagt werden kann, und was nicht gesagt werden darf, ferner auch von wem es und wie es gesagt werden kann. Dieser Artikel unternimmt keine kritische Diskursanalyse, sondern legt vorrangig klinische Daten und Schlussfolgerungen in medizinisch-wissenschaftlicher Form dar.

Zum Teil wird auch auf Aussagen von Betroffenen Bezug genommen, was eine gewisse Subjektivität mit sich bringt, weshalb ich Missverständnisse oder dass jemand inzwischen etwas anders als damals sieht nicht ausschließen kann; teilweise haben aber auch verschiedene Betroffene Ähnliches, im Detail aber Unterschiedliches gesagt. Zielmaßstäbe ärztlichen Handelns sind langfristige Gesundheit und subjektives Wohlergehen aller in irgendeiner Form betroffenen Patient_innen.

Es handelt sich um zwei verschiedene und jeweils sehr inhomogene Patient_innenkollektive, zwischen denen es obendrein geringfügige, aber relevante Überschneidungen gibt. Verwechslungen finden mitunter in der öffentlichen Wahrnehmung und zum Teil auch in professionellen Kreisen statt; desto wichtiger ist es für Menschen aller Berufsgruppen, die regelmäßig oder auch nur gelegentlich mit derartigen Patient_innen befasst sind, über beide Themenkomplexe grundlegend Bescheid zu wissen.

Ausdrücklich danken möchte ich Prof. Fornara, bei dem ich von 2006 bis 2011 in der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie in Halle tätig war. Ebenfalls danke ich allen Vorgesetzten und Kolleg_innen – nicht nur den ärztlichen – in diesem Zeitraum, und auch auf meinen vorangegangenen und späteren Stellen. Weiterhin danke ich den Organisator_innen und den anderen Teilnehmenden an der Klausurwoche in Halle, aus der dieser Artikel hervorgeht. Ferner danke ich meiner Frau, meinen Eltern, meinen Freunden, und denen, ohne die dieser Artikel nicht zu Stande gekommen wäre: meinen Patient_innen.

Intersexualität

Begriffsbildung

Bis Anfang des 20. Jahrhunderts war diesbezüglich von Hermaphroditen und von Zwittern die Rede. Der Begriff Intersex kam 1908 erstmals (in der Mehrzahlform »Intersexes«) im Titel eines unter Pseudonym veröffentlichten Buches des US-Amerikaners Prime-Stevenson vor (Dreger, 1998, S. 208; Rosario, 2008, S. 278). Ungeachtet dessen führte der Biologe Richard Goldschmidt, ausgehend von sei-

ner Schmetterlingsforschung, 1915 den Begriff Intersexualität ein für das, was er als geschlechtliche Zwischenformen beschrieb; parallel dazu benutzte er auch wenigstens bis 1931 den Begriff »sexuelle Zwischenstufen« (Klöppel, 2010, S. 405). Letzteren Begriff hatte Magnus Hirschfeld (vgl. Hirschfeld, 1923) bereits seit 1899 für sein *Jahrbuch der sexuellen Zwischenstufen* geprägt, und 1923 schrieb er einen Brief an Goldschmidt und legte dar, dass das Konzept eben keineswegs neu sei. Durchgesetzt hat sich der Begriff Intersexualität im deutschen Sprachraum unter anderem durch das gleichnamige von Overzier herausgegebene medizinische Lehrbuch aus dem Jahre 1961 (Schweizer, 2012, S. 31; vgl. Klöppel, 2010, S. 388).

Definition

Dieser Artikel bedient sich einer möglichst umfassenden Definition von Intersexualität nach medizinisch-naturwissenschaftlichen Kriterien (Spektrum der Wissenschaft, 1999; DocCheck Flexikon, 2009): Intersexualität liegt demnach vor, wenn sich die physischen Geschlechtsmerkmale eines Menschen nicht so entwickeln wie typisch bei der Frau oder wie typisch beim Manne, ungeachtet dessen, ob dies bereits bei der Geburt oder erst später auffällt. Physische Geschlechtsmerkmale umfassen körperliche, histologische, genetische und hormonelle Merkmale (also auch Hypogonadismus). Entwicklung umfasst alles, was nicht durch nachgeburtliche äußere Einwirkung herbeigeführt wurde (vgl. Klöppel, 2010, S. 573). Diese Definition umfasst unter anderem alle von der sog. Chicago Consensus Conference 2005 als sog. »Disorders of Sex Development (DSD)« beschriebenen Konstellationen (Lee et al., 2006), und auch alle bekannten Beschreibungen von Intersex-Organisationen (z. B. AGGPG, 1998; OII international, 2012; IMeV, 2013; OII USA, 2013; OII Australia, 2013; vimö, 2014).

Damit umfasst Intersexualität sehr unterschiedliche körperliche Verfassungen; gemeinsam ist ihnen nur die Abweichung von sowohl dem, was als typisch weiblich gilt, als auch dem, was als typisch männlich gilt. Von manchen Expert_innen wurden beschränktere Definitionen benutzt (z. B. Sax, 2002; vgl. Lang, 2006, S. 100), was hier bewusst nicht geschieht, damit sich möglichst niemand in einem Spalt zwischen einer zu engen Definition von Intersexualität und einer zu entfernten geschlechtlichen »Normalität« missverstanden und ausgegrenzt fühlt (vgl. Schweizer, 2012b, S. 64); außerdem werden bei den disputierten Diagnosen weiterhin Operationen an Kindern durchgeführt, für die es keine gesundheitliche

Notwendigkeit gibt, und zwar unabhängig davon, ob nach aktueller Sichtweise Intersexualität vorliegt oder nicht (AGGPG 1998; Zwischengeschlecht, 2010, 2011).

Begriffsrevision

Allerdings wird der Begriff Intersexualität von relevanten Zahlen von Betroffenen und Angehörigen aus verschiedenen Gründen kritisiert und auch abgelehnt (vgl. ISNA, 2006; IMeV, 2013):

- der Wortbestandteil »sex« wird als anrüchig wahrgenommen,
- Ähnlichkeit zu Begriffen wie Heterosexualität, Homosexualität, Transsexualität etc.,
- Ablehnung einer möglichen, aber unerwünschten Fehldeutung, Benutzung oder Verallgemeinerung als spezielle »Identität«,
- unerwünschte klinisch-medizinische Konnotation.

Alternativ wurden bei gleicher Definition die Formulierungen *Besonderheiten*, *Varianten* oder *Divergenzen der Geschlechtsentwicklung* (Schweizer, 2012a, S. 36) vorgeschlagen; spezifischer soll hier u. a. von *atypischen* oder *abweichenden* oder *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* die Rede sein. Bewusst vermieden wird an dieser Stelle der Begriff »Störung«, da dieser von den meisten Intersex-Organisationen nachdrücklich zurückgewiesen wird (Netzwerk Intersexualität, 2004; OII Australia, 2014). Dessen ungeachtet gibt es manche Betroffene, die den Begriff Störung für sich anwenden und dafür auch gute Gründe haben (vgl. Kraus-Kinsky, 2012, S. 161), woraus aber nicht auf die Gesamtheit aller Betroffenen geschlossen werden soll.

Formen von Intersexualität

Auflistungen von Diagnosen und Kategorien können dazu beitragen, die Vielfalt der selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale und zumindest teilweise ihre biologischen Ursachen zu umreißen. So eine Liste kann grundsätzlich nicht vollständig und detailliert sein; und trotz diagnostischem Aufwand ist bei relativ vielen Patient_innen keine »definitive Diagnosestellung« möglich (AWMF, 2010), sondern es lässt sich allenfalls eine deskriptive Oberkategorie benennen. Dies gilt insbesondere, wenn Operationen oder andere

Behandlungen stattfanden (vgl. OII international, 2010). Ein Risiko liegt auch darin, dass Anwender_innen der Versuchung erliegen können, aus solchen Listen auf ein vermeintlich »wahres« Geschlecht schlussfolgern zu können, oder anfangen zu glauben, Beobachtungen über Häufigkeit von Zugehörigkeitsempfinden oder Partner_innenwahl hinsichtlich einer Kategorie würden geschlechtsverändernde Operationen an Minderjährigen rechtfertigen. Oder sie könnten der Versuchung erliegen, aus dem Fehlen einer Diagnose in einer Auflistung ließe sich darauf schließen, es läge deswegen keine Intersexualität vor. Ein guter Grund für so eine Auflistung liegt hingegen darin, auf manchmal einige Formen von Intersexualität begleitende Gesundheitsprobleme hinzuweisen, von denen etliche wenig mit den Geschlechtsmerkmalen zu tun haben, die Betroffenen aber deshalb mehr beeinträchtigen können, insbesondere angesichts des Umstandes, wie viel an vergleichsweise nachrangiger Aufmerksamkeit den Abweichungen der Geschlechtsmerkmale gewidmet wird (vgl. Zwischengeschlecht, 2008, 2008a; siehe auch Fallbeispiel B). Wichtig: Die überwiegende Mehrzahl der intersexuellen Menschen sind per se nicht krank und nicht behandlungsbedürftig (IMeV, 2013).

Diagnosen

Es folgt eine unvollständige Liste von Diagnosen, Syndromen und Symptomatiken (vgl. AGS-Eltern- und Patienteninitiative Schweiz, 2010; Bioglobe, 2009; Bishop, 1966; Bostwick, 2008, S. 659ff.; GIDinfo, 2005; GHR, 2008, 2014; Lang, 2006, S. 151; OMIM, 2005, 2011, 2011a, 2014, 2014a, 2015; Orphanet, 2013; Rajagopalan et al., 2005, S. 738; Rugarli, 1999; TSVD, 2008; Schweizer, 2012b, S. 51; Zwischengeschlecht, 2011, 2013), die *seltenere Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* darstellen bzw. mit solchen einhergehen:

- Aarskog-Syndrom
- AGS = adreno-genitales Syndrom
- Alström-Syndrom
- Androgenbiosynthesestörungen
- Androgenresistenz unterschiedlichen Ausmaßes
- Anorchie
- Aromatasemangel
- Börjeson-Forssman-Lehmann-Syndrom
- CHARGE-Syndrom
- (bestimmte Formen von) Chimärismus

- DAX1-Mutation bzw. Duplikation
- Diäthylstilböstrol(DES)-induzierte Formen
- Duogynon-induzierte oder durch andere Gestagene induzierte Formen
- Epispadie
- Blasen-Ekstrophie
- Fröhlich-Syndrom
- gemischte Gonadendysgenesie
- Gordan-Overstreet-Syndrom
- Gynäkomastie
- Hirsutismus unklarer Ursache
- Hodenhochstand
- Hypogonadismus
- Hypophysenvorderlappeninsuffizienz
- Hypospadie
- Kallmann-Syndrom
- Kennedy-Syndrom
- Klinefelter-Syndrom
- Laurence-Moon-Biedl-Bardet-Syndrom
- Leydigzell-Hypoplasie
- Meacham-Syndrom
- MRKH und MURCS
- Ovotestikuläre Intersexualität
- PCOS = polyzystisches Ovarien-Syndrom
- persistierende Müller-Strukturen
- Penis-Agenesie
- Poland-Syndrom
- Prader-Willi-Syndrom
- Sertoli-only-Syndrom
- SF1-Mutation
- Smith-Lemli-Opitz-Syndrom
- SOX9-Mutationen
- 46,XX sex reversal (u. a. SRY+, SOX9-Dup.)
- StAR-Defekt
- Swyer-Syndrom
- Turner-Syndrom
- WT1-Mutationen (u. a. Denys-Drash-Syndrom, Frasier-Syndrom, WAGR-Syndrom)
- XX-Gonadendysgenesie

- XXX-Syndrom
- XYY-Syndrom

Mögliche Gesundheitsprobleme

Es folgt eine unvollständige Liste relevanter Gesundheitsprobleme, die bei einigen Patient_innen mit einigen der *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* einhergehen können (vgl. AGS-Eltern- und Patienteninitiative Schweiz, 2010; Bioglobe, 2009; Bishop, 1966; Bostwick, 2008, S. 659ff.; GIDinfo, 2005; GHR, 2008, 2014; Lang, 2006, S. 151; OMIM, 2005, 2011, 2011a, 2014, 2014a, 2015; Orphanet, 2013; Rajagopalan et al., 2005, S. 738; Rugarli, 1999; TSVD, 2008; Schweizer, 2012b, S. 51; Zwischengeschlecht, 2011, 2013):

- Abnorme Glukosetoleranz
- Addisonkrise
- Adipositas
- Akne
- Anämie
- Antriebsstörungen
- Autismusspektrumstörungen
- Blutdruckprobleme
- Depressionen
- erhöhte Leberenzyme
- Hernien
- Gehörstörungen
- Gonadoblastom
- Hufeisenniere
- Hypoglykämien
- kardiale Vitien
- Kardiomyopathie
- Niereninsuffizienz
- Nephroblastom
- Ovarialzysten
- rezidivierende Harnwegsinfekte
- Salzverlust
- Schilddrüsenprobleme
- Sehstörungen (u. a. Aniridie)

- TART = testikuläre adrenale Resttumore (benigne!)
- Teilleistungsstörungen
- Vitien der großen Gefäße

Wohlgemerkt tritt *keines* dieser Gesundheitsprobleme bei allen Formen von Intersexualität auf, und auch Gesundheitsprobleme, die in Zusammenhang mit einer *sel teneren Entwicklungsform körperlicher Geschlechtsmerkmale* beschrieben wurden, treten durchaus *nicht* bei allen Betroffenen ein. Betroffene berichteten aber wiederholt, dass derartige Gesundheitsprobleme übersehen oder unzureichend behandelt wurden, weil zu viel Aufmerksamkeit auf Geschlechtsmerkmale gelegt wurde, oder weil Intersexualität gar nicht erst in Betracht gezogen wurde.

Transsexualismus

Begriff

Den Begriff Transsexualismus erwähnte Magnus Hirschfeld erstmals 1923 in seinem Essay »Die intersexuelle Konstitution« innerhalb des bereits erwähnten Jahrbuchs für sexuelle Zwischenstufen, allerdings noch ohne Verweis auf medizinische Maßnahmen. Erst 1949 beschrieb Cauldwell in einem Artikel als »Psychopathia transexualis« den Wunsch nach »operativer Geschlechtsumwandlung« – »the desire to undergo surgery which would [...] bring about sex transmutation« – (Cauldwell, 1949; vgl. Klöppel, 2010, S. 501). Durchgesetzt hat sich der Begriff insbesondere durch Harry Benjamins englischsprachige Veröffentlichungen (Benjamin, 1953, 1967), und durch Eichers deutschsprachige Monographie (Eicher, 1984) – der Gemeinsame Bibliotheksverbund (GBV) führt im Gemeinsamen Verbundkatalog (GVK) bei Abfrage dieses Begriffes nur neun Ergebnisse in den Jahren vor 1984 auf.

Definition

Für Transsexualismus gibt es offizielle Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (vgl. DIMDI, 2004; Schedlbauer, 2011, S. 12):

- *ICD-9: 302.5 Transsexualismus:* »Fixierte Ablehnung der erkennbaren Geschlechtszugehörigkeit, daher gewöhnlich Wunsch nach operativer Veränderung der Geschlechtsorgane oder völlige Geheimhaltung des eigenen

- körperlichen Geschlechts durch die Übernahme von Kleidung und Verhalten des anderen Geschlechts.«
- *ICD-10: F64.0 Transsexualismus:* »Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugeleichen.«

Ein Vorteil der Formulierung nach ICD-9 lag darin, dass für 302.5 unerheblich war, ob ein Patient ein Operationsbegehrn hegte oder nicht.

Begriffskritik und Tragweite

Die bisweilen geäußerte Kritik, die Wortbildung auf -ismus bedeute eine Geisteshaltung oder Ideologie, ist fachfremd und unbegründet; vielmehr wird ohne Wertung ein Umstand oder Vorgang beschrieben, vergleichbar den Begriffen Dauerkatheterismus, Hypogonadismus, Botulismus, Aphorismus, Journalismus oder Mechanismus. Dadurch wird auch die Annahme vermieden es handele sich – wie der Begriff »Transsexualität« vermuten lassen könnte – um eine disparate Form von Sexualität oder eine sog. »Neosexualität« (vgl. Sigusch, 2005); ebenfalls vermieden wird die Vorstellung, es handele sich um eine eigene »Identität«, die sich von derjenigen der übrigen Frauen respektive Männer unterscheidet – »Nach vollzogenem Geschlechtswechsel aber sind Transsexuelle keine Transsexuellen mehr und stehen auch nicht zwischen den Geschlechtern. Sie sind vielmehr Frauen und Männer [...]« (Augstein, 1992, S. 255). Somit wird der Begriff Transsexualismus in Hinblick auf vom Patienten gewünschte medizinische Maßnahmen zur Veränderung von Geschlechtsmerkmalen benutzt, insbesondere Verordnung von Sexualhormonen sowie Operationen an Sexualorganen.

Die folgenden Darstellungen stützen sich auf praktische Erfahrungen aus der Urologie-Sprechstunde: Menschen, die keine somatomedizinische Behandlung wünschten oder zumindest in Erwägung zogen, suchten nicht die Sprechstunde der Urologie auf. Darüber hinaus erweist sich klinisch die Diagnosekategorie als entbehrlich, wenn die Patient_in nach äußerer Wahrnehmung sozusagen im entsprechenden Geschlecht angekommen ist, also keine Diskrepanz mehr zwischen Zugehörigkeitsempfinden und körperlichem Geschlechtseindruck besteht (vgl. ebd., S. 255).

Koinzidenz von Intersexualität und Transsexualismus – geht das?

Manche Quellen behaupten, wenn Intersexualität vorliege, dürfe keine Transsexualität diagnostiziert werden, oder Intersexualität habe »schon immer« ein »Ausschlusskriterium« für Transsexualität dargestellt (Richter-Appelt, 2013). Widerlegen lassen sich derartige Behauptungen leicht. Bereits Benjamin (1966, S. 33, 45, 69, 87) beschrieb bei 40% seiner transsexuellen Patienten nach klinischen Kriterien einen Hypogonadismus. Nevinny-Stickel und Hammerstein (1967) legten dar, dass die von ihnen beschriebenen Patient_innen »dem breiten Spektrum der Intersexualität zugehörig« sind. Augstein (1981) zeigte auf, dass für zumindest manche der transsexuellen Patient_innen eine Personenstandsberichtigung in Betracht kommt: »Im Rahmen der Intersexualität genügt im Prinzip jedes abweichende Merkmal. [...] So genügen z. B. hormonelle, chromosomale oder genetische Anomalien, wenn gutachterlich festgestellt wird, daß sie nicht das Ergebnis einer Hormonbehandlung sein können.« Bleuler konstatierte ebenfalls, die »meisten Transsexuellen sind körperlich betrachtet keine Intersexe« (Bleuler, 1983, S. 552), eine Minderheit offensichtlich aber durchaus (vgl. ebd., S. 360). Die o.g. offiziellen WHO-Definitionen in ICD-9 und ICD-10 führen kein »Ausschlusskriterium« an. Und auch im sog. Transsexuellengesetz steht kein derartiges Ausschlusskriterium.

Vor allem aber zeigt die im Folgenden dargelegte klinische Erfahrung, dass sich immer wieder Patient_innen vorstellen, die als transsexuell diagnostiziert wurden, aber eben doch auch irgendwelche Formen von Intersexualität aufweisen.

Die Daten aus Halle 2009–2011

Stichprobe und Befunde

Bezug genommen wird auf alle Patient_innen, die von 2009 bis 2011 die Transsexualismus-Sprechstunde der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie am Universitätsklinikum Halle wegen Transsexualismus und/oder wegen Intersexualität aufsuchten. Die retrospektive Sichtung der Patientenakten erfolgte am Ende des genannten Zeitraumes. Neben Anamnese und klinischer Untersuchung wurden Hormonspiegel und Hormonstimulationstests, Befunde und Berichte über stattgehabte Operationen, histologische Befunde, Spermogramme (im Rahmen

frustraner Kinderwunschbehandlungen), Karyogramme sowie genetische und molekularbiologische Befunde zusammengetragen. Geschaut wurde dabei nach physisch abweichenden Geschlechtsmerkmalen, die keine Folge einer Transsexualismus-Behandlung waren.

Dabei wurden 64 Patient_innen im Alter von 15 bis 61 Jahren erfasst, davon kamen 23 aus Sachsen-Anhalt, 24 aus Sachsen, acht aus Thüringen, und insgesamt neun aus anderen Ländern. Erhoben wurden folgende Befunde und Diagnosen:

- zwölftmal klinische und/oder genetische leichte Androgenresistenz
- achtmal Formen gestörter Androgen-Bildung
- viermal Nachweis gonosomaler Aneuploidien
- dreimal ein- oder beidseitige Hodenhypoplasie
- zweimal Orchidopexie bei ein- oder beidseitigem Maldescensus
- zweimal bestehende oder voroperierte Hypospadie
- zweimal late-onset-AGS
- einmal Mutation am Wilms-Tumor-Gen
- einmal massive Genitaloperation mit beidseitiger Gonadektomie im Kleinkindalter

Weitere Befunde beinhalten Gynäkomastie, Sertoli-Cell-only-Syndrom, hypoplastischen Penis, sowie frustrane Kinderwunschabklärung bzw. -behandlung, wobei diese Befunde sich durch die bereits erhobenen Diagnosen erklären lassen bzw. aus ihnen resultieren. Gezählt wurden nur Befunde, wenn sich aus der Aktenlage sicher ergab, dass sie keine Folgeerscheinung einer Transsexualismus-Behandlung waren.

Insgesamt boten 29 der 64 Patient_innen mindestens eine der genannten körperlichen geschlechtlichen Abweichungen, die keine Folge einer Transsexualismus-Behandlung waren. Das sind 45% des gesamten Patientenkollektivs.

Das 2. Leitsymptom von Sigusch (1979, vgl. 1994, S. 1456) wurde somit ebenso *widerlegt* wie seine spätere Einlassung (1994, S. 1457), »[a]bweichende körperliche Befunde, die die bekannten Geschlechtsfaktoren betreffen, kommen bei Transsexuellen so oft vor wie in anderen Populationen auch«. Es ist mutzumaßen, dass derartige Äußerungen weniger auf klinischen körperlichen Untersuchungen basierten, sondern vielmehr dazu dienten, den Diskurs über Transsexualismus vorwiegend als einen Diskurs der »psychischen« Disziplinen (Psychiatrie, Psychotherapie, klinische Psychologie etc.) zu etablieren.

Bei den übrigen 35 Patient_innen ließ sich anhand der vorliegenden Befunde kein sicherer intersexueller Befund erheben (wobei anhand des klinischen Befundes bei fünf dieser 35 Patient_innen möglicherweise doch eine *seltenere Entwicklungsform körperlicher Geschlechtsmerkmale* vorliegen könnte; jedoch gab es im gegebenen Rahmen keine Möglichkeit oder Notwendigkeit, die einen höheren Aufwand gerechtfertigt hätte).

Alle Patient_innen, die von 2009 bis 2011 die Transsexualismus-Sprechstunde aufsuchten, waren einwilligungsfähig und konnten Bedeutung, Vorgehen, Tragweite und Risiken der von ihnen gewünschten Operationen und anderen medizinischen Maßnahmen erfassen und somit wirksam einwilligen. Unabhängig davon, ob eine psychotherapeutische Behandlung vorausgegangen war oder nicht, und unabhängig davon, ob eine *seltenere Entwicklungsform körperlicher Geschlechtsmerkmale* vorlag oder nicht – niemand von all diesen Patient_innen bot Anlass für die Feststellung einer erheblichen psychischen Beeinträchtigung ihrer Urteils- oder Handlungsfähigkeit. Die Behandlungen orientierten sich soweit erforderlich an den Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen (Becker, 1997).

Verglichen mit diesen »Standards« äußerte sich Bleuler (1983, S. 553) gradezu progressiv: »Die Entstehung der Störung bleibt deshalb zur Hauptsache rätselhaft. Ihre Einreihung unter psychogene Entwicklungen ist ein Notbehelf. [...] Zur zivilrechtlichen und operativen Geschlechtsumwandlung darf man höchstens raten, wenn der Transsexuelle keine anderen psychischen Störungen aufweist, seinen Willen dazu eindeutig und stetig kundgetan hat [...] und bereit und fähig ist, die Verantwortung für ein Mißlingen des Unternehmens zu tragen.« (Zu diesem Zeitpunkt sind bei Bleuler (1983, S. 360) mithin auch nicht mehr so abschätzige Positionen gegenüber Intersexuellen zu finden, wie Klöppel (2010, S. 491) sie seinen Äußerungen aus den 1950er Jahren attestierte.)

Das von Radix (2014) beschriebene Behandlungsmodell mit Zugang zu somatischer Behandlung durch informierte Zustimmung ohne verpflichtende psychotherapeutische oder psychiatrische Begleitung oder Begutachtung ist offenbar erfolgreich. Eine vergleichbare Umsetzung in Mitteleuropa ist wünschenswert, wobei nicht Aspekte der Kostensparnis sondern eine Stärkung der Patient_innenautonomie anzustreben ist. Dem stehen die bisherigen Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen (Becker, 1997) leider noch im Wege.

Fallbeispiele

Im Folgenden schildere ich zwei Fallbeispiele aus dem soeben beschriebenen Kollektiv der Transsexualismus-Sprechstunde, die zum Schutz der Persönlichkeit der Patient_innen verkürzt, verfremdet und anonymisiert wurden:

Fallbeispiel A

Patientin A hatte in der Kindheit als Junge gegolten. Bei schwacher Pubertät war eine Testosteronbehandlung begonnen, aber nicht lange toleriert worden. Als junge Erwachsene wirkte sie bekleidet unauffällig weiblich, und sie stellte sich an einer Behandlungseinrichtung wegen Transsexualität vor, weil sie eine Genitaloperation wünschte, um regulär mit ihrem Freund schlafen zu können. Mit einem kurzen Schreiben, dass sie bei Klinefelter-Syndrom nicht transsexuell sei, sondern *stattdessen* intersexuell, wurde ihr Personenstand ohne Probleme auf weiblich »berichtigt«. Für die gewünschte verweiblichende Genitaloperation verweigerte die Krankenkasse die Kostenübernahmeeklärung, weil das Klinefelter-Syndrom eine Form von Intersexualität sei, bei der sich die Patienten als männlich fühlen. Die bereits erwähnte Behandlungseinrichtung verfasste sodann ein Gutachten, dass sie bei vorliegendem Klinefelter-Syndrom eben *zusätzlich* transsexuell sei, und dass bei ihr eine verweiblichende Genitaloperation indiziert sei. Sie bekam die Kostenzusage und einen Termin in einer Klinik. Dort fiel der kleine Penis auf, was ja bei Klinefelter-Syndrom nicht ungewöhnlich ist, und auch die Unterlagen über das Klinefelter-Syndrom lagen vor. Obwohl bekannt war, dass sie mit ihrem Freund schlafen wollte, und obwohl abzusehen war, dass die Penishaut nicht zur Bildung einer kohabitationsfähigen Neovagina ausreichen würde, wurde die Patientin anscheinend nicht über dieses Problem aufgeklärt, sondern nach einer Standardmethode operiert. Rund um ihren Wohnort lehnten mehrere Ärzte ab, sich um die Nachsorge zu kümmern, und daran änderten auch Intersexualität und Personstandsberichtigung nichts. In einer anderen Klinik wurde mit gemeshter Spalthaut (mesh graft) eine tiefere Neovagina gebildet. Letztlich fand sich doch eine Frauenärztin zur Weiterbehandlung bereit. Insgesamt ein ungünstiger Verlauf, trotz unauffälligem oder sogar attraktivem weiblichen Erscheinungsbild und trotz bekannter Intersexualität – wobei sie den Begriff Transsexualität weiterhin passender fand.

Fallbeispiel B

Patientin B hatte in der Kindheit als Junge gegolten und wurde beidseits bei Maldescensus testis orchidopexiert. Die Mutter starb verhältnismäßig jung an Niereninsuffizienz. Trotz normaler Intelligenz galt sie als Außenseiter, unter anderem, weil ihre weibliche Statur und ihr weibliches Gesicht im Gegensatz zu ihren männlichen Papieren standen. Sie schlussfolgerte, dass sie intersexuell ist und darum besser als Frau leben könnte. Deswegen stellte sie sich bei verschiedenen Einrichtungen vor, um dies bestätigen zu lassen, was sich als langwieriger darstellte, als sie erwartet hatte. Mehrfach wurde ihr bedeutet, angesichts des Karyotyps 46,XY und männlicher Geschlechtseintragung sei sie nicht intersexuell. Trotz Kopien über die kinderchirurgische Behandlung erfolgte keine Abklärung der Befundkonstellation; ihr wurde mitgeteilt, sie solle sich lieber als transsexuell sehen und behandeln lassen, was sie nachdrücklich zurückwies und anscheinend nachhaltig im Sinne einer Aversion gegenüber der Beschreibung als transsexuell verarbeitete; psychotherapeutische Angebote wies die Patientin entschieden zurück, um jeglichen Anschein von Transsexualität zu vermeiden. Durch ihre Recherchen fand sie heraus, dass bestimmte Formen von Pseudohermaphroditismus mit Niereninsuffizienz einhergingen, die inzwischen auch bei ihr festgestellt worden war. Damit überzeugte sie ein humangenetisches Institut: Die molekularbiologische Untersuchung ergab eine Mutation am WT1-Gen, daraufhin wurde die Intersexualität anerkannt und der Personenstand auf weiblich »berichtigt«. Hinsichtlich der Kostenübernahme befürwortete danach eine endokrinologische Schwerpunktpraxis die von der Patientin gewünschte verweiblichende Genitaloperation, denn der histologische Befund solle klären, ob Intersexualität oder Transsexualismus vorliege – und das, obwohl der Befund und der gerichtliche Bescheid über die Personenstandsberichtigung wegen Intersexualität dort bereits vorgelegen hatte. Letztlich erhielt sie nach insgesamt knapp zehn Jahren die Kostenübernahmeverklärung der Krankenkasse, und sie stellte sich in Halle vor. Bei inzwischen präterminaler Niereninsuffizienz, weil sie keine sexuelle Beziehung anstrebte, und weil sie vom Personenstande ohnehin schon eine Frau war (im Sinne der Rechtsfiktion sogar schon immer), nahm sie nach Untersuchung und Beratung von ihrem Operationswunsch Abstand.

Diskussion

Diese beiden Beispiele demonstrieren, wie unterschiedlich Selbstverständnis und Verlaufsform bei medizinisch und juristisch zweifelsfrei intersexuellen Personen sein können, die als Erwachsene willentlich einen rechtlichen Geschlechtswechsel vollziehen und medizinische Maßnahmen hinsichtlich ihrer körperlichen Geschlechtsmerkmale vornehmen lassen (wollen). Bei beiden Patientinnen kam es zu medizinisch und sozial ungünstigen Verläufen. Unter den erwähnten insgesamt 29 Patient_innen mit nachgewiesener Variation der Entwicklung körperlicher Geschlechtsmerkmale war außer bei den beiden genannten noch bei einer weiteren Patient_in – nach ähnlich langjährigem Verlauf wie bei Patientin B – eine juristische Personenstandsberichtigung erfolgt. Zwei der Patient_innen hatten innerhalb des Beobachtungszeitraumes keine juristischen Maßnahmen erwogen. Die übrigen Patient_innen mit *abweichender Entwicklung körperlicher Geschlechtsmerkmale* hatten ein Verfahren nach Transsexuellengesetz unternommen, sie nahmen die Tatsache einer *selteneren Entwicklungsform körperlicher Geschlechtsmerkmale* überwiegend neutral und ohne nachhaltigen Einfluss auf ihr Selbstverständnis zur Kenntnis; eine Patientin wies sogar – trotz eindeutiger Anamnese und Befundkonstellation – die Kategorie »Intersexualität« entschieden zurück; sie beschrieb sich als eine »richtige Transsexuelle«, um anschließend eine eindeutige Frau sein zu können.

Als Ursache dafür ist unter anderem der – bezogen auf die Fallzahlen – expansive Diskurs über Transsexualismus oder Transgenderismus zu betrachten, in dessen Rahmen die längere psychotherapeutische Behandlung einen hohen, unumgänglich erscheinenden Stellenwert hat, oft lange bevor umfassende somatomedizinische Diagnostik durch erfahrene Kliniker_innen erfolgt.

Umgekehrt gab es unter den 35 Patient_innen ohne sicheren Hinweis auf abweichende körperliche Geschlechtsentwicklung niemanden, der sich für intersexuell hielt.

Kontrast

Zum Kontrast ein Beispiel von *abweichender Entwicklung somatischer Geschlechtsmerkmale* ohne Geschlechtswechsel und ohne Zweifel am geschlechtlichen Selbstverständnis; dieser Patient gehört nicht zum o.g. Kollektiv und stellte sich über die Notaufnahme vor; zum Schutz seiner Persönlichkeit wurden auch seine Daten verkürzt, verfremdet und anonymisiert:

Fallbeispiel Y

Patient Y stellte sich im Alter von 30 Jahren wegen postrenalem Nierenversagen vor. Als Ursache fand sich im damaligen Impfbuch eine Hypospadienoperation im Kindesalter, und in der retrograden Kontrastmitteldarstellung eine Urethralstruktur. Klinisch sah der Penis nahezu unauffällig aus, anamnestisch war der Harnstrahl über die Jahre schwächer geworden, was ihm wegen des langsamem Verlaufes jedoch nicht aufgefallen war; die letzte Nachuntersuchung erfolgte zwei Jahre nach der kinderurologischen Operation, bei scheinbar erfolgreichem Ergebnis war er auch nicht auf das Risiko späterer Komplikationen hingewiesen worden. Trotz Harnröhrensanierung und ausreichender Wasserdiurese bestand weiterhin Dialysepflichtigkeit.

Es sollte ohne weitere Erklärungen auch für Nichtmediziner_innen nachvollziehbar sein, dass Patient Y dadurch für sein weiteres Leben gesundheitlich sehr stark eingeschränkt sein wird, ähnlich wie Patientin B, ganz ohne dass Ys Geschlechtszugehörigkeit jemals Anlass zu Zweifeln bot.

Außerklinische Erfahrungen

Sporadische Gespräche mit Menschen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* (= Intersexualität) außerhalb des klinischen Rahmens lassen sich zwar kaum statistisch auswerten; dennoch kann die Schilderung zu einem umfassenderen Eindruck beitragen:

Ein große Gruppe dieser Menschen schilderte ungeachtet der Anerkennung dieser Tatsache wenig oder kein Diskrepanzempfinden zwischen eingetraginem Geschlecht und Selbstverständnis. Einige andere sahen sich aus besagtem Grund nicht als Frau oder Mann, unternahmen aber keine Bemühungen, den Geschlechtseintrag im binären Rahmen zu wechseln. Ob und wie viele Wechsel zum seit November 2013 möglichen »fehlenden Geschlechtseintrag« gewünscht wurden oder erfolgten, ist derzeit nicht zu überblicken. Wenige Menschen hatten eine Änderung ihres Geschlechtseintrages nach dem sog. Transsexuellengesetz erreicht, wobei bei einigen die *abweichende Entwicklung körperlicher Geschlechtsmerkmale* (= Intersexualität) bekannt und beschrieben worden war, bei anderen wurde sie übergangen oder gar nicht erst festgestellt. Und nur einzelne Menschen hatten eine Personenstandsberichtigung im binären Rahmen erreicht, sahen sich aber anscheinend zusätzlich oder vorwiegend weiterhin als intersexuell an.

Viele dieser Menschen klagten aber darüber, dass ohne ihr Wissen oder sogar gegen ihren Willen über sie entschieden wurde, auf welche Weise ihnen

gegenüber ein Geheimnis daraus gemacht wurde, und dass viele der diesbezüglichen ärztlichen Berichte anscheinend verschwunden sind oder angeblich vernichtet wurden. Sehr viele dieser Menschen klagen über körperliche Schäden infolge von Operationen, insbesondere Schmerzen, verminderte oder verlorene Empfindungsfähigkeit, und Nebenwirkungen bei falscher oder unzureichender Hormonsubstitution, z. B. Hitzewallungen, Gewichtszunahme, und Osteoporose. Als weitere Folgen wurden geschildert: geringes Selbstwertgefühl, Depressionen, Traumatisierung durch wiederholte Untersuchungen ohne Erklärung, aber auch medizinische Zurschaustellungen, Einsamkeit, und Angst vor Intimkontakte. Diese Listen sind keineswegs vollständig.

Aus diesen Schilderungen kann und will ich keine statistischen Daten über das Selbstverständnis dieser Menschen herleiten; evident erscheint mir jedoch das Ausmaß an medizinisch verursachten und vermeidbaren Schäden. Hierzu wurden bereits andere umfassende Studien zumindest teilweise veröffentlicht; verwiesen sei ferner auf die Fallbeispiele in den Parallelberichten der Intersexuellen Menschen e. V. (2008, S. 22–30; 2010, S. 40–49; 2011, S. 37–41).

Statistik

Wie häufig liegt einem Transsexualismus eine Intersexualität zu Grunde?

45% der Patient_innen der Transsexualismus-Sprechstunde in Halle zeigten *seltenere Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale*; dies ist eine große Minderheit, die nicht übersehen werden kann. Dies liegt in der gleichen Größenordnung wie die 40% an Patient_innen und Patienten, bei denen Benjamin (1966, S. 33, 45, 69, 87) nach klinischen Kriterien Hypogonadismus beschrieb. Das Patientenkollektiv der Transsexualismussprechstunde weicht diesbezüglich signifikant von der Gesamtbevölkerung ab (vgl. Katzer et al., 2010a).

Naheliegend ist die Einschätzung, dass Transsexualismus oft ein körperliches Korrelat haben kann. Die zu Grunde liegenden *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* unterscheiden sich untereinander sehr, weshalb es nicht verwundert, dass andernorts durchgeführte Untersuchungen auf einzelne dezidiert umschriebene Abweichungen keine oder nur vage Ergebnisse lieferten. Somit läge auch nur wenig Sinn darin, nach einem monolithischen Substrat für geschlechtliches Selbstverständnis oder zur Indikation medizinischer oder chirurgischer Maßnahmen Ausschau zu halten.

Mögliche Gründe, warum bislang kaum vergleichbare Zahlen publiziert wurden, lauten:

- Nichterkennen bei Stress im klinischen Alltag,
- Bagatellisierung und bewusstes Übergehen,
- Verweigerung jeglicher Behandlung bei deutlicher Intersexualität,
- oder Herausnahme aus der Statistik mangels eigener Kategorie, somit Verlust an Aufmerksamkeit, in manchen Fällen auch sehr rasche Zuweisung zur Operation ohne umfassende Darlegung der Situation.

Betrachtungen zur Prävalenz

Weder hinsichtlich Intersexualität noch hinsichtlich Transsexualismus gibt es verlässliche Zahlen über die Häufigkeit innerhalb der Bevölkerung, was auch an der Tabuisierung beider Komplexe liegt. Weitgehende Einmütigkeit herrscht unter namhaften Expert_innen jedoch darüber, dass Intersexualität erheblich häufiger vorkomme als Transsexualismus.

Häufigkeit von Intersexualität

Frühere Zählungen hinsichtlich der Häufigkeit von Intersexualität sind untereinander nur bedingt vergleichbar, weil – wie bereits erwähnt – je nach lokaler Sichtweise unterschiedliche Formen ausgeklammert wurden. Als untere Schätzung wurden bislang Zahlen von 1:2000 gehandelt, was aber nur Neugeborene mit >auffälligen< Genitalien umfasste (vgl. Lilford, 1987). Als obere Schätzungen kamen Blackless und Kollegen (2000) auf 1,7% und die Biologin Fausto-Sterling auf 4% (Fausto-Sterling, 1993, S. 21). Aus klinischer Erfahrung erscheinen 4% als für zu hoch gegriffen; 2%, also 1:50, aber als durchaus plausibel. Neuere Studien über das gesamte Spektrum an *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* liegen für Deutschland bislang nicht vor.

Häufigkeit von Transsexualismus

Schätzungen hinsichtlich der Häufigkeit von Transsexualismus unterscheiden sich untereinander ebenfalls erheblich, wozu unterschiedliche Operationalisierungen des Begriffes und im internationalen Vergleich erhebliche Unterschiede

der Lebensbedingungen beitragen. Eine Veröffentlichung aus Belgien (DeCuypere, 2006, S. 3) kam zu einer Schätzung von etwa 1:18.000. Aus der Tschechischen Republik wurden im Jahr 2000 Zahlen von 1:10.000 referiert (Heath, 2006, S. 17). Diese Schätzungen stützen jedenfalls die oben genannte Annahme, dass Intersexualität deutlich häufiger vorkommt als Transsexualismus.

Wie viele der Intersexuellen wollen medizinische Veränderungen ihrer Geschlechtsmerkmale?

»Menschen mit Intersexualität« und »Menschen mit Transsexualismus« sind jeweils Teilmengen der Gesamtbevölkerung; beide Teilmengen sind unterschiedlich mächtig und haben miteinander eine Schnittmenge. Die folgenden Berechnungen gehen davon aus, dass die angeführten Häufigkeitsschätzungen auf das Einzugsgebiet der Urologie in Halle anwendbar sind. Nachdem die relative Häufigkeit von Menschen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* innerhalb des Kollektivs an Menschen mit Wunsch nach medizinischer (hormoneller und/oder operativer) Behandlung ihrer körperlichen Geschlechtsmerkmale gefunden wurde, stellt sich nun die umgekehrte Frage: Wie viele von allen Menschen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* stellen sich von sich aus vor, weil sie medizinische Veränderungen ihrer Geschlechtsmerkmale erwägen oder durchführen lassen wollen? Um dies genauer einschätzen zu können, wird folgender Rahmen abgesteckt:

Bei der *Positivannahme* wird von einer hohen Prävalenz für Transsexualismus mit 1:10.000 ausgegangen, von einer geringen Prävalenz von Intersexualität mit 1:2.000, und von einem umgekehrten Anteil von 45% wie in den dargelegten Daten (s. o.); daraus resultieren dann im Dreisatz folgende Berechnungen:

$$2.000 * 0,45 = 900$$

Hiernach wollen intersexuelle Menschen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung 900 Mal so oft medizinische Veränderungen ihrer Geschlechtsmerkmale.

$$900 / 10.000 = 0,09 = 9\%$$

Von allen intersexuellen Menschen wollen somit ungefähr 9% medizinische Veränderungen ihrer Geschlechtsmerkmale.

Bei der *Negativannahme* wird von einer niedrigen Prävalenz für Transsexualismus mit 1:18.000 ausgegangen, von einer hohen Prävalenz von Intersexualität mit 1:50, und von einem umgekehrten Anteil von 40% wie bei Benjamin (1966); daraus resultieren dann im Dreisatz folgende Berechnungen:

$$50*0,40=20$$

Hier nach wollen intersexuelle Menschen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung 20 Mal so oft medizinische Veränderungen ihrer Geschlechtsmerkmale.

$$20/18.000=0,001=0,1\%$$

Von allen intersexuellen Menschen wollen somit ungefähr 0,1% medizinische Veränderungen ihrer Geschlechtsmerkmale.

Unter der geschilderten *Positivannahme* sind es also nur 9% aller intersexuellen Menschen, die medizinische Maßnahmen an ihren Geschlechtsmerkmalen unternommen lassen wollen, unter der geschilderten *Negativannahme* handelt es sich um eine verschwindend kleine Minderheit von 0,1% – aber immer noch *erheblich* höher als die Prävalenz von Transsexualismus bezogen auf die Gesamtbevölkerung.

Wie viele der Intersexuellen hatten bereits als Kinder Operationen?

Es sei an dieser Stelle nachdrücklich betont, dass aus den vorliegenden Zahlen zu schließen ist, dass mindestens 91% der intersexuellen Menschen anscheinend *keine* medizinischen Veränderungen an ihren Geschlechtsmerkmalen wünschen bzw. sich zumindest nicht in der Urologie vorstellten. Auch wenn das nicht direkt zu vergleichen ist, so zeichnet sich dennoch ein erheblicher Gegensatz zu der Lübecker Studie des Netzwerkes Intersexualität ab: 90% der Erwachsenen wurden operiert (vermutlich größtenteils in Kindheit und Jugend), 24% der Erwachsenen sogar dreimal oder öfter (Zwischengeschlecht, 2012).

Zusammenfassung

Für eine Wertung, ob nur Patientinnen »mit« oder aber eben nur »ohne« Abweichung »echte« oder »primäre« Transsexuelle seien, besteht keine klinische Relevanz. Bestehende Abweichungen müssen bei der Behandlung berücksichtigt werden, insbesondere bei der Operationsplanung; sie stellen grundsätzlich weder eine Voraussetzung noch eine Kontraindikation zur Behandlung dar. Entscheidend für den Behandlungserfolg ist die umfassende Aufklärung und die bewusste und tragfähige Entscheidung des mündigen Patienten und seine zu erwartende verantwortungsvolle Mitwirkung und Nachsorge.

Besonders schlimm ist es, wenn an einem intersexuellen Kinde bereits Organe operativ verändert oder sogar entfernt wurden, und wenn das Kind später als

Erwachsener zu einem Selbstverständnis kommt, dem diese Organe unverändert besser entsprochen hätten. Trotz relativer Seltenheit handelt es sich um relevante Zahlen, und eine Aufgabe der Medizin besteht auch darin, die schwächsten und gefährdetsten Individuen zu schützen. Ebenso wie Fallbeispiel Y belegen Schilderungen Betroffener (Zwischengeschlecht, 2012a) und bereits von anderen Einrichtungen (Köhler, 2012, S. 19) veröffentlichte Zahlen die negativen Folgen *auch* von Operationen an Kindern und Jugendlichen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale*, die später *keine* Veränderung ihrer Geschlechtsmerkmale und auch *keine* Änderung ihrer rechtlichen Zuordnung anstreben.

Deswegen sollten möglichst wenige Operationen an Kindern durchgeführt werden. Konkret ist zu fordern, dass nur dann Operationen an den Geschlechtsmerkmalen von Kindern durchgeführt werden dürfen, wenn dafür eine aktuelle und unaufschiebbare Notwendigkeit in Hinblick auf die physische Gesundheit besteht.

Die Erfahrung mit Transsexualismus-Patienten hat gezeigt: Aussehen und Beschaffenheit der Genitalien haben in den allermeisten Alltagssituationen keine Relevanz, insbesondere was Akzeptanz und Inklusion betrifft, weil Menschen von klein auf Kleidung tragen, sodass man ihre Genitalien nicht sieht.

Insgesamt ist geboten, jeden Menschen im von ihm behaupteten und empfundenen Geschlecht zu akzeptieren; Ärzt_innen üben dabei eine Vorbildfunktion für andere Berufsgruppen und die Gesellschaft generell aus. Kein Mensch soll äußeren Druck verspüren, sich behandeln zu lassen, um dadurch besser anerkannt zu werden.

Angesichts der Rahmenbedingungen werden bei Transsexualismus gewöhnlich nur dann Hormone verordnet, wenn zuvor eine psychiatrische oder psychologische Stellungnahme vorgelegt wurde, zur Operation wird zusätzlich eine Kostenübernahmeverklärung der Krankenkasse als erforderlich erachtet. Solche äußeren Zwänge beeinträchtigen die Arzt-Patienten-Beziehung, innerhalb derer es wichtig ist, Zugehörigkeitsempfinden und Selbstverständnis des Patienten nicht in Frage zu stellen.

Langfristig ist es möglich und erstrebenswert, mündige Patienten bei un auffälligem psychopathologischem Befund unter Einhaltung von Wartezeiten mit zwischenzeitlichen Kontakten und unter Einhaltung einer Beratungspflicht (ggf. durch eine andere vergleichbare Einrichtung), nach umfassender schriftlicher Aufklärung und Einwilligung zu Hormonbehandlung und Genitaloperation, die durch die Krankenkasse zu übernehmen sind, zuzulassen, denn ein Leidensdruck braucht nicht in Frage gestellt oder überprüft werden, wenn sich

Menschen solchen Behandlungen mit erheblichen Folgeerscheinungen unterziehen wollen.

Ungeachtet dessen können Angebote zur psychotherapeutischen Begleitung hilfreich und empfehlenswert sein, aber nur als neutrale Angebote ohne irgendwelchen Einfluss auf die Zulassung zu somatischen Behandlungsmaßnahmen.

Schlussfolgerungen, Thesen und Vorschläge

1. Operationen an den Geschlechtsmerkmalen von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen sollten verboten werden, soweit keine aktuelle und unauf-schiebbare Notwendigkeit in Hinblick auf die langfristige physische Ge-sundheit besteht.
2. Um pathologisierende oder auf andere Weise strittige Begriffe wie »Stö-rungen der Geschlechtsentwicklung«, »Pseudohermaphroditismus« oder »Intersexualität« zu vermeiden, kann von »selteneren Entwicklungsfor-men körperlicher Geschlechtsmerkmale« die Rede sein.
3. Der Wert einer Person ist unabhängig davon, ob und wie viel Nachwuchs sie in die Welt setzt, und ob und wie sehr sie in der Gesellschaft auffällt. Dementsprechend sollten Angebot und Qualität der ärztlichen Beratung und Behandlung nicht von derlei Kriterien abhängen.
4. Die einzelnen Formenbilder unter den selteneren Entwicklungsformen kör-perlicher Geschlechtsmerkmale kommen mit unterschiedlicher Häufigkeit vor, sodass Einschätzungen über mehrere Formenbilder mit jeweils weniger Betroffenen nicht dazu verleiten sollten, wenige oder ein einzelnes Formen-bild mit relativ mehr Betroffenen zu vernachlässigen.
5. Auch innerhalb eines umschriebenen Formenbildes kommen Menschen mit sehr unterschiedlichen medizinischen Erfahrungen und auch sehr un-terschiedlichem Selbstverständnis vor.
6. Unauffällig aussehende Genitalien zum Zeitpunkt der Geburt schließen *seltenere Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* nicht aus; vielmehr hatten die meisten Menschen mit selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale zum Zeitpunkt der Geburt äußerlich unauffällige oder weitgehend unauffällig ausschauende Genitalien.
7. Aus dem Aussehen der Genitalien lässt sich keine sichere Prognose über das spätere geschlechtliche Zugehörigkeitsempfinden stellen.
8. Aus der Kenntnis einer Diagnose lässt sich keine sichere Prognose über das spätere geschlechtliche Zugehörigkeitsempfinden stellen.

9. Es gibt keine Hinweise darauf, dass die operative Anpassung der Genitalien im Säuglings- oder Kleinkindalter das spätere geschlechtliche Zugehörigkeitsempfinden verbessert.
10. Nachweislich führen Operationen an Minderjährigen ohne aktuelle Notwendigkeit für die körperliche Gesundheit oft zu nachhaltigen körperlichen und psychischen Folgeproblemen.
11. Da Kinder schon ab dem Säuglingsalter die allermeiste Zeit Kleidung tragen, stellen ungewöhnlich oder abweichend aussehende Genitalien keine Indikation zur Operation dar.
12. Die sexukundliche Aufklärung im Schulunterricht kann und soll vermitteln, dass es eine natürliche Vielfalt hinsichtlich der Entwicklungen körperlicher Geschlechtsmerkmale bei Geburt und auch im Pubertätsalter gibt, und dass deswegen Kinder und Jugendliche, die sich anders entwickeln als die meisten anderen, sich nicht zu schämen brauchen und nicht von den anderen geärgert werden dürfen. Davon profitieren Schüler_innen mit dezidierter Intersexualität genauso wie andere Schüler_innen, deren Abweichungen kein Gegenstand ärztlicher Sorge sind.
13. Generell ist ein Erziehungsstil aufzugeben, der Kinder motiviert und lobt, »ein gutes Mädchen« oder »ein richtiger Junge« (oder Vergleichbares) zu sein.
14. Geschlechtsbezogene Normen und Erwartungen sind aus Sportunterricht und insbesondere sog. »Bundesjugendspielen« zu verbannen; stattdessen soll jedes Kind nach seinen Möglichkeiten gefördert werden, Freude am eigenen Körper und an Bewegung zu finden.
15. Generell ist es möglich und hilfreich, wenn Menschen durch persönliche Erklärung und ggf. Latenzzeit, aber ohne Fremdurteil, ihren Geschlechts- eintrag oder ihren Vornamen ändern lassen können.
16. Mittelfristig ist zu erwägen, den juristischen Geschlechtseintrag abzuschaffen.
17. Manche *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* gehen gehäuft mit spezifischen gesundheitlichen Risiken oder Problemen einher. Diese abzuklären und ggf. zu behandeln ist für die Gesundheit und hinsichtlich der Lebensqualität meistens wichtiger als Überlegungen zur etwaigen Auffälligkeit der Geschlechtsmerkmale.
18. Mutmaßungen über erhöhte Krebsrisiken bei selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale beruhen (nicht zuletzt auf Grund leichtfertig durchgeföhrter Gonadektomien) auf kleinen Zahlen aufgefal- lener und behandelter Patient_innen, sie sind somit unzuverlässig (vgl. Kastrationsspital, 2008).

19. Sofern kein aktuelles körperliches Gesundheitsproblem besteht, dürfen Operationen und andere invasive Maßnahmen nur nach umfassender und wertneutraler Aufklärung, mehrtägiger Bedenkzeit und höchstpersönlicher Einwilligung der (im allgemeinen) mündigen Patient_in durchgeführt werden.
20. Wenn auf Grund eines aktuellen körperlichen Gesundheitsproblems eine Operation oder eine invasive Maßnahme ohne höchstpersönliche Einwilligung der Patient_in erfolgt, so hat diese so zurückhaltend und so gewebe- und organschonend wie möglich durchgeführt zu werden; zuvor sind umfassende und wertneutrale Aufklärung, mehrtägige Bedenkzeit und Einwilligung der gesetzlichen Vertreter einzuholen.
21. Der Verdacht auf ein möglicherweise oder tatsächlich erhöhtes Krebsrisiko rechtfertigt keineswegs eine prophylaktische Organentfernung, sondern stellt eine Indikation zu regelmäßigen Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen dar (vgl. Kastrationsspital, 2008).
22. Vorsorgeuntersuchungen sind so zu planen und ggf. zu staffeln, dass sie für die Patient_in so wenig physisch und psychisch belastend wie möglich sind.
23. Wenn bei einer Vorsorgeuntersuchung Zwischenanamnese, klinischer Befund, nichtinvasive Bildgebung ohne ionisierende Strahlung sowie ggf. Blut- und/oder Urinparameter keinen Hinweis auf aktuelle Neoplasie oder ein anderes aktuelles Gesundheitsproblem (z. B. Harnstau) bieten, besteht keine Indikation zu invasiven oder strahlenbehafteten Maßnahmen, auch nicht zu Forschungszwecken.
24. Nur bei Biopsie mit definitiv maligner Histopathologie und nach erneuter Befundbesprechung darf eine partielle oder komplett Organentfernung durchgeführt werden, wobei dem partiellen Organerhalt Vorrang einzuräumen ist. Ein kontralaterales, im Übrigen unauffälliges Organ ist zu belassen. Angesichts der Mannigfaltigkeit sind Vorgehen nach intraoperativem Befund oder Schnellschnitt kontraindiziert, zumindest sofern durch mehrzeitiges Vorgehen keine aktuelle Lebensgefahr abgewendet wird.
25. Wenn sich eine Befundkonstellation intraoperativ anders darstellt als im Aufklärungsgespräch erwartet, so ist die Operation abzubrechen und der Situs regulär zu verschließen, sodass die Patient_in nach Aufklärung und mehrtägiger Bedenkzeit darüber entscheiden kann, ob und wie sie operiert werden möchte.
26. Da manche Menschen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* unangenehme Erfahrungen gemacht und zum Teil nach-

haltig verarbeitet haben, sollten ihnen psychotherapeutische Angebote gemacht werden, ohne andere Maßnahmen davon abhängig zu machen, ob diese Angebote genutzt werden.

27. Gesetzliche Krankenkasse und kassenärztliche Vereinigung haben einen Versorgungsauftrag; sie sollten sich verpflichtet sehen, wohnortnahe und qualifizierte psychotherapeutische Behandlung mit Beginn innerhalb von sechs Wochen ab Anfrage durch die Patient_in anzubieten.
28. Die Mehrzahl der Menschen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* stellt die Zugehörigkeit zu dem Geschlecht, als dessen Angehörige sie gelten, nicht nachhaltig in Frage.
29. Bei Menschen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* kommt es selten, aber relativ häufiger als in der unselektierten Gesamtbevölkerung dazu, dass sie medizinische Maßnahmen (Hormone, Operationen etc.) zur Beeinflussung ihrer körperlichen Geschlechtsmerkmale unternehmen.
30. Anscheinend tragen Umstände wie Verheimlichung, Operationen und an Stereotypen von Geschlechtsrollen orientierte Erziehung tendenziell häufiger zu einer Verunsicherung oder Zurückweisung bezüglich des eingetragenen Geschlechts bei, und nur selten zu einer besseren Annahme.
31. Nach ärztlicher Beobachtung sind Menschen generell zufriedener mit den Ergebnissen von Entscheidungen, die sie selber getroffen haben, als mit den Ergebnissen von Entscheidungen, die andere über sie getroffen haben, und zwar tendenziell auch dann, wenn von außen betrachtet das Ergebnis der Fremdentscheidung besser erscheint als das Ergebnis der eigenen Entscheidung.
32. Unter den Menschen, die Ärzt_innen somatischer Disziplinen aufsuchen, weil sie ihre rechtliche Geschlechtszugehörigkeit in Frage stellen oder ändern wollen, stellen Menschen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* eine große und somit relevante Minderheit von ungefähr 40% dar.
33. Ob eine Person, die ihre rechtliche Geschlechtszugehörigkeit in Frage stellt, oder die medizinische Maßnahmen zur Veränderung ihrer Geschlechtsmerkmale erwägt, eine *seltene Entwicklungsform körperlicher Geschlechtsmerkmale* hat oder nicht, bedeutet nicht, dass sie »echter« oder »gerechtfertigter« oder »psychisch gesünder« ist, oder dass sie beschleunigt oder nachrangig zu behandeln sei.
34. Allen Menschen, die ihre rechtliche Geschlechtszugehörigkeit in Frage stellen, oder die medizinische Maßnahmen zur Veränderung ihrer Ge-

- schlechtsmerkmale erwägen, sollte schon zu Beginn eine umfassende soma-to-medizinische Abklärung auf eine Weise angeboten werden, dass deren Ergebnis grundsätzlich keinen Einfluss auf den Behandlungsablauf hat.
- 35. Bei Menschen mit *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale*, die medizinische Maßnahmen zur Veränderung ihrer Geschlechtsmerkmale erwägen, kann im Allgemeinen auf die Kategorie »Transsexualismus« verzichtet werden.
 - 36. Bei Menschen, deren rechtliche Einordnung nach juristischen Maßnahmen ihrem Zugehörigkeitsempfinden entspricht, und deren körperlicher Gesamteindruck nach medizinischen Maßnahmen ebenfalls ihrem Zugehörigkeitsempfinden entspricht, kann ebenfalls auf die Kategorie »Transsexualismus« verzichtet werden.
 - 37. Auch wenn bei einer Patient_in ein Transsexualismus diagnostiziert wurde, kann durchaus gleichzeitig eine *seltenere Entwicklungsform körperlicher Geschlechtsmerkmale* vorliegen.
 - 38. Auch wenn der Vorname oder der Geschlechtseintrag einer Patient_in nach dem sog. Transsexuellengesetz geändert wurde, kann durchaus gleichzeitig eine *seltenere Entwicklungsform körperlicher Geschlechtsmerkmale* vorliegen.
 - 39. Abweichende Befunde müssen vor medizinischen Maßnahmen zur Veränderung von Geschlechtsmerkmalen erhoben und mitgeteilt werden, und sie müssen bei der Behandlung berücksichtigt werden.
 - 40. Bei Menschen, die sich Operationen oder anderen medizinischen Maßnahmen (z.B. Hormonbehandlung) zur Veränderung von Geschlechtsmerkmalen unterziehen wollen, liegt regelmäßig ein erheblicher Leidensdruck vor, denn sonst würden sie sich nicht mit diesem Ansinnen vorstellen. Somit sind die gesetzlichen Krankenkassen zur Kostenübernahme verpflichtet.
 - 41. Das Ansinnen, diesen Leidendruck durch Dritte zu verifizieren oder zu quantifizieren, kann das Leid der Patient_innen vergrößern und ihnen schaden; deswegen sollten derartige Praktiken unterbleiben.
 - 42. Menschen, die ihre rechtliche Geschlechtszugehörigkeit in Frage stellen oder die sich medizinischen Maßnahmen zur Veränderung von Geschlechtsmerkmalen unterziehen wollen, sollte psychotherapeutische Begleitung angeboten werden, ohne andere Maßnahmen davon abhängig zu machen, ob diese Angebote genutzt werden.
 - 43. Gesetzliche Krankenkasse und kassenärztliche Vereinigung haben einen Versorgungsauftrag; sie sollten sich verpflichtet sehen, wohnortnahe und qualifizierte psychotherapeutische Behandlung mit Beginn innerhalb von sechs Wochen ab Anfrage durch die Patient_in anzubieten.

44. Das Arzt-Patienten-Verhältnis zwischen Ärzt_innen somatischer Disziplinen und Patient_innen, die sich medizinischen Maßnahmen zur Veränderung von Geschlechtsmerkmalen unterziehen wollen, wird beeinträchtigt durch die derzeit vorherrschende Einschätzung, hierzu seien Indikationsbeschreiben oder Gutachten anderer Disziplinen sowie Kostenübernahmeverklärungen von Krankenkassen erforderlich.
45. Wie vor anderen Behandlungen auch können Ärzt_innen somatischer Disziplinen auch bei Patient_innen, die sich medizinischen Maßnahmen zur Veränderung von Geschlechtsmerkmalen unterziehen wollen, durchaus beurteilen, ob diese aufklärungs- und einwilligungsfähig sind, die Situation nicht erkennen, die umfassende Aufklärung verstehen (z. B. durch Kontrollfragen), und frei von äußerem Druck entscheiden.
46. Um Indikation, Leidensdruck, umfassende Aufklärung und informierte Einwilligung sicherzustellen und zu dokumentieren, sollte ein erfüllbares Schema entworfen und auch gegenüber den Patient_innen offengelegt werden.
47. Solange keine besseren Vorschläge kommen, wird folgende Kombination aus Beratungspflicht und Fristenregelung empfohlen: Bei einem Termin erfolgt die umfassende und schriftliche Aufklärung; ein Exemplar oder Durchschlag der Aufklärung wird der Patient_in mit nach Hause gegeben. Die Patient_in soll sich einen neuen Termin frühestens sechs Wochen nach dem vorherigen geben lassen, zu dem sie jeweils eine handschriftliche Abschrift der schriftlichen Aufklärung mitbringt und abgibt, und die Ärzt_in soll sich überzeugen, dass die Patient_in keine Anzeichen einer Minderung ihrer Entscheidungsfähigkeit aufweist, und Aufklärung, Tragweite, Risiken und Konsequenzen der geplanten Maßnahme versteht und damit einverstanden ist. Dies ist ein weiteres Mal zu wiederholen.
48. Für den Beginn der verweiblichenden oder vermännlichenden Hormonbehandlung ist dieses Vorgehen ausreichend; vor einer Operation sollte die letzte Aufklärung mindestens 36 Stunden und höchstens sieben Tage zurückliegen.
49. Die Patient_in soll das Recht haben, die verweiblichende oder vermännlichende Hormonbehandlung jederzeit zu unterbrechen und später fortzusetzen, ohne sich dafür erklären zu müssen.
50. Die Patient_in soll sodann das Recht auf einen Operationstermin innerhalb von vier Monaten haben, auch wenn sie von einem zuvor geplanten Operationstermin zurückgetreten ist, und ohne dass sie für den zwischenzeitlichen Rücktritt oder die erneute Entscheidung Gründe zu nennen hat.

51. Vor Beginn und regelmäßig im Laufe der Hormonbehandlung hat die Ärzt_in die Patient_in klinisch, labormäßig und ggf. apparativ zu untersuchen.
52. Wenn Zeichen der beginnenden Pubertät vorliegen und die Patient_in nachdrücklich äußert, darunter erheblich zu leiden, so kann und sollte nach umfassender klinischer und labortechnischer Untersuchung eine pubertätsaufschiebende Behandlung mit GnRH-Analoga begonnen werden, um Leid von der Patient_in abzuwenden.
53. Dies gilt insbesondere wenn die Zeichen der Pubertät in eine andere Richtung gehen als wie die Patient_in bis dahin betrachtet wurde und sich selber versteht, weil sich dadurch die Entscheidung über eine etwaige Gonadektomie zumindest aufschieben lässt.
54. Bei Pubertas praecox oder Pseudopubertas praecox sind Abklärung und Behandlung vertretbar und geboten, sofern keine schwerwiegenden Gründe dagegen sprechen.
55. Menschen, die sich Zeit dafür nehmen, an einer Studie oder Befragung teilzunehmen, haben einen Anspruch darauf, dass ihre Angaben ernst genommen, ausgewertet und veröffentlicht werden, und dass sie nicht aus irgendwelchen Vorwänden ausgesondert werden.

Interessenkonflikt und Ausblick

Die Verfasserin ist Mitglied verschiedener Fachgesellschaften und anderer Organisationen. Dieser Artikel referiert unter anderem klinisch-wissenschaftliche Daten und geschilderte Erfahrungen. Wenigstens einige der hier getätigten Interpretationen, Schlussfolgerungen und Empfehlungen unterscheiden sich wahrscheinlich von Positionen, wie sie von diesen Organisationen oder manchen Mitgliedern dieser Organisationen vertreten werden. Meiner Erfahrung nach kann es zu vielen derartigen Fragen unterschiedliche Auffassungen geben. Über einen sachlichen Austausch hinsichtlich der Differenzen würde ich mich freuen, denn ich kann nicht ausschließen, dass ich mich in einigen Aspekten irre und dadurch oder später ggf. zu einer anderen Einschätzung komme. Ich fände es mehr als schade, wenn derlei Differenzen dazu führen würden, mich ohne vorheriges Gespräch auszuschließen. Ebenfalls halte ich es für möglich und wahrscheinlich, dass manche meiner Beobachtungen und Empfehlungen schon andernorts getätig wurden und somit hier ohne hinreichende Referenz oder Quellenangabe stehen, wofür ich mich hiermit prophylaktisch entschuldigen möchte.

Bedauerlichermaßen geht dieser Artikel vor allem auf Transsexualismus und auf Überschneidungen zwischen Transsexualismus und Intersexualität ein. In Ergänzung dazu ist die weitere – auch kritische – Auseinandersetzung mit Fachliteratur zum breiten Spektrum an *selteneren Entwicklungsformen körperlicher Geschlechtsmerkmale* erforderlich – auch in Hinblick auf die überwiegende Mehrheit betroffener Menschen, die ihre Geschlechtszugehörigkeit nicht in Frage stellen oder ändern wollen, und von denen sich viele auch nicht gut mit dem Begriff Intersexualität beschrieben fühlen. Die Forderung durchzusetzen, dass an Minderjährigen keine Operationen ohne aktuelle Notwendigkeit für die körperliche Gesundheit durchgeführt werden dürfen, ist derzeit der vorrangigste und wichtigste Schritt. Weitere haben darauf zu folgen.

Literatur

- (Abruf aller angegebenen Internetseiten erfolgte im Februar 2015.)
- AGGPG (1998). Flugblatt. <http://www2.iisg.nl/id/Systematik.asp?cat=3&id=83>
- AGS-Eltern- und Patienteninitiative Schweiz (2010). TART (testikuläre adrenale Resttumore). <http://ags-initiative.ch/index.php?id=25>
- Augstein, M. S. (1981). Unter 25 – was dann? *EZKU*, (2/August), 3–6.
- Augstein, M. S. (1992). Transsexuelle sind Frauen und Männer. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 5(3), 255–260.
- AWMF (2010). Störungen der Geschlechtsentwicklung. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien027-022l_S1_Stoerungen_der_Geschlechtsentwicklung_2010_abgelaufen.pdf
- Becker, S., Bosinski, H. A. G., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T. M., Hartmann, U., Kockott, G., Langer, D., Preuss, W. F., Schmidt, G., Springer, A. & Wille, R. (1997). Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 10(2), 147–156.
- Benjamin, H. (1953). Transvestism and Transsexualism. *International Journal of Sexology*, 7, 12–14.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press.
- Bioglobe (2009). Adrenogenitales Syndrom (AGS). http://www.bioglobe.net/files/bioglobe_congenital-adrenal-hyperplasia_deu.pdf
- Bishop, P. M. F. (1966). Intersexual States and Allied Conditions. *British medical Journal*, 1, 1255–1262.
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K. & Lee, E. (2000). How Sexually Dimorphic Are We? Review and Synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12, 151–166.
- Bleuler, M. (1983). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Bostwick, D. G. & Cheng, L. (2008). *Urologic Surgical Pathology*. Philadelphia: Elsevier.
- Cauldwell, D. O. (2001). Psychopathia Transexualis. *International Journal of Transgenderism*, 5(2). http://www.iiav.nl/ezines/web/ijt/97-03/numbers/symposion/cauldwell/cauldwell_02.htm
- DIMDI (2004). Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Version 2004. German Modification. Vierstellige Allgemeine Systematik. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2004/index.htm?gf60.htm+>

- DocCheck Flexikon (2009). Intersexualität. <http://flexikon.doccheck.com/de/Intersexualität>
- Dreger, A.D. (1998). *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*. Harvard University Press Cambridge.
- Eicher, W. (1984). *Transsexualismus. Moglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsumwandlung*. Stuttgart: Fischer.
- Fausto-Sterling, A. (1993). The five sexes: why male and female are not enough. *The Sciences*, (Mrz/April), 20–24.
- GHR = Genetics Home Reference (2008). NR0B1. <http://ghr.nlm.nih.gov/gene/NR0B1>.
- GHR (2014). Aromatase deficiency. <http://ghr.nlm.nih.gov/condition/aromatase-deficiency>
- GLDinfo (2005). Intersex Conditions. <http://www.hemingways.org/GLDinfo/intersex.htm>
- Haggerty, G.E. & McGarry, M. (2007). *A Companion to Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer Studies*. Carlton: Blackwell Publishing.
- Heath, R.A. (2006). *The Praeger handbook of transsexuality*. Westport: Praeger Publishers.
- Hirschfeld, M. (1923). Die intersexuelle Konstitution. *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen*, 23, 3–27.
- Hughes, I.A., Houk, C., Ahmed, S.F. & Lee, P.A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554–563. DOI: 10.1136/adc.2006.098319
- IMeV = Intersexuelle Menschen e.V. (2008). Schattenbericht zum 6. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW). http://intersex.schattenbericht.org/public/Schattenbericht_CEDAW_2008-Intersexuelle_Menschen_e_V.pdf
- IMeV (2010). Parallelbericht zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Inter-nationalen Pakt der Vereinten Nationen über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR). http://intersex.schattenbericht.org/public/Schattenbericht_CESCR_2010_Intersexuelle_Menschen_e_V.pdf
- IMeV (2011). Parallelbericht zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (CAT). http://intersex.schattenbericht.org/public/Schattenbericht_CAT_2011_Intersexuelle_Menschen_e_V.pdf
- IMeV (2013). Intersexualität, was ist das? <http://www.intersexuelle-menschen.net/intersexualitaet>
- ISNA (2006). Why is ISNA using »DSD«? <http://www.isna.org/node/1066>
- Kastrationsspital (2008). Krebsluge & Zwangskastration an Zwittern. <http://kastrationsspital.ch/post/2008/06/18/Krebsluge-Zwangskastrationen-an-Zwittern>
- Katzer, M., Wagner, S. & Fornara, P. (2010a). Abweichende Befunde bei Transsexualismus [Poster-présentation auf der 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Andrologie (DGA), 29.–31.10.2010 in Hamburg].
- Katzer, M., Wagner, S. & Fornara, P. (2010b). Meshgraft-neovagina bei Transsexualismus [Poster-présentation auf der 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Andrologie (DGA), 29.–31.10.2010 in Hamburg].
- Klöppel, U. (2010). *XX0XY ungelöst. Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität*. Bielefeld: Transcript.
- Kohler, B. (2012). Habilitationsschrift XY Störungen der Geschlechtsentwicklung (XY DSD). Die Rolle des Wilms-Tumorsuppressorgens (WT1) und des »Steroidogenic Factor 1« (NR5A1, SF1) sowie Langzeitergebnisse. http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000014283/Habil-Khler_Bibliothek_23_10_13.pdf
- Kraus-Kinsky, E. (2012). Adrenogenitales Syndrom. Persönliches Erleben zwischen eigener Lebensgeschichte und dem Dasein als Ärztin. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt (Hrsg.),

- Intersexualität kontrovers. *Grundlagen, Erfahrungen, Positionen* (S. 161–173). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lang, C. (2006). *Intersexualität. Menschen zwischen den Geschlechtern*. Frankfurt/M.: Campus.
- Lee, P.A., Houk, C.P., Ahmed, S.F. & Hughes, I.A. (2006). Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. *Pediatrics*, 118(2), e488-e500.
- Lilford, R.J. & Dear, P.R.F. (1987). The intersex baby. *British Journal of Hospital Medicine*, 37, 28–34.
- Marshall, J.D., Beck, S., Maffei, P. & Naggert, J.K. (2007). Alström Syndrome. *European Journal of Human Genetics*, 15, 1193–1202.
- Netzwerk DSD (2008). Projekt D. Entwicklungsgene. <http://www.netzwerk-dsd.uk-sh.de/index.php?id=211>
- Netzwerk Intersexualität (2004). Leserbrief. Kommunikation und Respekt. http://www.netzwerk-dsd.uk-sh.de/fileadmin/documents/aktuelles/GruendungAG_5_1.pdf
- Nevinny-Stickel, J. & Hammerstein, J. (1967). Medizinisch-juristische Aspekte der menschlichen Transsexualität. *Neue Juristische Wochenschrift* 20(15), 663–666.
- OII Australia (2013). What is intersex? Defining intersex. <http://oii.org.au/18106/what-is-intersex>
- OII Australia (2014). Tony Briffa writes on »Disorders of Sex Development«. <http://oii.org.au/26808/tony-briffa-on-dsd>
- OII international (2010). OII's policy concerning intersex, medical diagnoses and health information. <http://oiiinternational.com/2713/oiiis-policy-intersex-medical-diagnoses-health-information>
- OII international (2012). What is intersex? <http://oiiinternational.com/intersex-library/intersex-articles/what-is.intersex>
- OII USA (2013). What is intersex? <http://oii-usa.org/1128/intersex>
- OMIM (2005). Laurence-Moon Syndrome. <http://omim.org/entry/245800>
- OMIM (2011). Aarskog-Scott Syndrome. <http://omim.org/entry/305400>
- OMIM (2011a). Polycystic Ovary Syndrome 1. <http://omim.org/entry/184700>
- OMIM (2014). Bardet-Biedl Syndrome 1. <http://omim.org/entry/209900>
- OMIM (2014a). Prader-Willi Syndrome. <http://omim.org/entry/176270>
- OMIM (2015). CHARGE Syndrome. <http://omim.org/entry/214800>
- Orphanet (2013). Borjeson-Forssman-Lehmann syndrome. http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=EN&Expert=127
- Radix, A. & Eisfeld, J. (2014). Informierte Zustimmung in der Trans*-Gesundheitsversorgung. Erfahrungen eines US-amerikanischen Community Health Center. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27(1), 31–43.
- Rajagopalan, S., Mukherjee, D. & Mohler, E.R. (2005). *Manual of Vascular Diseases*. LWW: Philadelphia.
- Richter-Appelt, H. (2013). Intersexualität nicht Transsexualität. Abgrenzung, aktuelle Ergebnisse und Reformvorschläge. *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 240–249.
- Rosario, V.A. (2007). The History of Aphallia and the Intersexual Challenge to Sex/Gender. In G.E. Haggerty & M. McGarry (Hrsg.), *A Companion to Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Studies*. Carlton: Blackwell Publishing.
- Rugarli, E.I. (1999). Kallmann Syndrome and the Link between Olfactory and Reproductive Development. *American Journal of Human Genetics*, 65, 943–948.
- Sax, L. (2002). How common is Intersex? *Journal of Sex Research*, 39(3), 174–178.
- Schedlbauer, J. (2011). Stop Trans Pathologization. Diplomarbeit im Diplomlehrgang Sozialbegleitung des bfi Wien. <http://www.transx.at/Dokumente/StopTransPathologisation.pdf>
- Schweizer, K. & Richter-Appelt, H. (Hrsg.). (2012). *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Schweizer, K. (2012a). Sprache und Begrifflichkeiten. Intersexualität benennen. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen* (S. 19–39). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Schweizer, K. (2012b). Körperliche Geschlechtsentwicklung und zwischengeschlechtliche Formenvielfalt. In K. Schweizer & H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen* (S. 43–67). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sigusch, V., Meyenburg, B. & Reiche, R. (1979). Transsexualität. In V. Sigusch (Hrsg.), *Sexualität und Medizin* (S. 249–311). Köln: Kiepenheuer und Witsch.
- Sigusch, V. (1994). Leitsymptome transsexueller Entwicklungen. Wandel und Revision. *Deutsches Ärzteblatt*, 91(20), A1455-A1458.
- Sigusch, V. (2005). *Neosexualitäten. Über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion*. Frankfurt/M.: Campus.
- Spektrum der Wissenschaft (1999). Lexikon der Biologie: Intersexualität. <http://www.spektrum.de/lexikon/biologie/intersexualitaet/34345>.
- TSVD = Turner-Syndrom-Vereinigung-Deutschland e.V. (2008). Das Ullrich-Turner-Syndrom: Die Erkrankung im Überblick. <http://www.turner-syndrom.de/info-uts/krankheitsdefinition/krankheitsdefinition.html>.
- vimö (2014). Intersexualität – was ist das? <http://vimoe.at/intersexualitaet>.
- Whonamedit? (2002). Babinski-Fröhlich syndrome. <http://www.whonamedit.com/synd.com/1792.html>.
- Zwischengeschlecht (2008). Lügen, Zwangseingriffe, Schweigegebote. Ein Leben aus der Krankenakte (Teil I). <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2008/06/12/Beurteilt-zugewiesen-und-verwaltet%3a-ein-Leben-aus-der-Krankenakte-Teil-I>
- Zwischengeschlecht (2008a). Lügen, Zwangseingriffe, Schweigegebote. Ein Leben aus der Krankenakte (Teil II). <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2008/06/12/Beurteilt-zugewiesen-und-verwaltet%3a-ein-Leben-aus-der-Krankenakte-Teil-II>.
- Zwischengeschlecht (2010). »EuroDSD«-Chef Olaf Hiort: »Intersexuelle« nur ein Bruchteil aller kosmetischen Genitaloperationen an Kindern mit »atypischen Genitalien« (IGM). [.](http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2010/07/12/)
- Zwischengeschlecht (2011). Intersex: Warum eine Diskussion um die Beendigung kosmetischer Genitaloperationen an Kindern unter Ausklammerung von »Hypospadiekorrekturen« unethisch ist. <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2011/10/04/Ausklammerung-Hypospadie-unethisch>.
- Zwischengeschlecht (2012). Genitalverstümmelung an Kinderkliniken: Fehlende Einsicht der Täter – Nationale Ethikkommission (NEK-CNE). <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2011/12/18/Fehlende-Einsicht-der-Behandler-NEK-CNE>.
- Zwischengeschlecht (2012a). »Sehr taube Eichel nach Operation« vs. »unbehandelt gut leben«: Erfahrungsberichte zu Hypospadie. <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2012/04/13/Erfahrungsberichte-zu-Hypospadie>.
- Zwischengeschlecht (2013). Vom Mut und der Hartnäckigkeit der Duogynon-Opfer lernen. <http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2013/05/02/Vom-Mut-der-Duogynon-Opfer-lernen>.