



**Parallelbericht
zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland
Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder
erniedrigende Behandlung oder Strafe (CAT)**

Erstellt von:

Intersexuelle Menschen e.V. / XY-Frauen

Lucie G. Veith

lucie@intersexuelle-menschen.net

http://www.intersexuelle-menschen.net/

Humboldt Law Clinic: Grund- und Menschenrechte

Juana Remus

Nora Markard

Jacqui Zalberg

Carla Weinhardt

Lisa Hahn

Übersetzung: Karina Theurer

**HUMBOLDT
LAW CLINIC**
HUMAN RIGHTS



lawclinic@rewi.hu-berlin.de

http://lawclinic.rewi.hu-berlin.de

Parallelbericht
zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland
zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame,
unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (CAT)

Inhalt

Zusammenfassung	5
A. Einleitung	7
B. Was ist ‚Intersexualität‘?	7
C. Medizinischer Umgang mit Intersexualität	8
<i>I. Intersexualität als medizinisches Konstrukt</i>	8
<i>II. Geschlechtszuweisung und Operationen</i>	9
1. Gonadektomie (Kastration) und Hormonersatztherapie	10
2. Feminisierende Operationen	11
<i>III. Keine medizinischer Rechtfertigung</i>	12
1. Keine physiologische Rechtfertigung der medizinischen „Behandlung“	12
2. Keine psychologische Rechtfertigung der medizinischen „Behandlung“	13
<i>IV. Probleme mit der Einwilligung in medizinische Behandlung</i>	14
1. Erwachsene werden oft nicht ausreichend aufgeklärt.....	14
2. Eltern willigen ohne ausreichende Aufklärung in schädliche Eingriffe ein	15
D. Die medizinische Behandlung intersexueller Menschen in Deutschland als Verletzung des Übereinkommens gegen Folter (CAT)	16
<i>I. Deutschlands Verpflichtungen zur Verhinderung von Folter und grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung</i>	16
<i>II. Die medizinische Behandlung intersexueller Menschen in Deutschland als Folter</i>	17
1. Zufügung großer Schmerzen oder Leiden	17
a. Gonadektomie	18
b. Feminisierende Operationen	19
2. Vorsatz	21
3. Foltergrund der Diskriminierung	21
4. Staatliche Beteiligung	24
a. Staatliche Krankenhäuser und Versicherungsunternehmen	24
b. Staatliche Zustimmung oder Duldung von Misshandlungen durch Private	25
5. Gesetzlich zulässige Sanktion	26
<i>II. Die medizinische Behandlung intersexueller Menschen in Deutschland als grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung</i>	26
<i>III. Hindernisse für Wiedergutmachung, gerechte und angemessene Entschädigung</i>	26
E. Ergebnis: Deutschland verletzt seine CAT-Verpflichtungen gegenüber Intersexuellen	27
F. Empfehlungen	29
Bibliographie	31
Annex: Fallbeispiele	37
<i>Fall Nr. 1</i>	37
<i>Fall Nr. 2</i>	37
<i>Fall Nr. 3</i>	37
<i>Fall Nr. 4</i>	38
<i>Fall Nr. 5</i>	38
<i>Fall Christiane V.</i>	39
<i>Fall M. Frances Maria K.</i>	40

Zusammenfassung

Intersexuelle Menschen sind Menschen, die nicht in das medizinische und rechtliche Konstrukt zweier abgrenzbarer Geschlechter passen, die weder als klar männlich noch als klar weiblich definierbar sind. Dies ist nicht immer äußerlich erkennbar, manchmal weichen Chromosomensatz und innere Geschlechtsorgane von der herrschenden dichotomen Geschlechternorm ab (B.). **Ein medizinisch behandlungsbedürftiger Notfall ist dies für die Betroffenen selbst nur im Ausnahmefall.** Ein deutlich erhöhtes Krebsrisiko ist überwiegend nicht nachweisbar. Vielmehr besteht allenfalls **ein gesellschaftlicher Druck zur „Normalität“** (C.I. und C.III.). Unter diesen Druck werden intersexuell geborene Kinder in Deutschland routinemäßig medizinischen Behandlungen unterworfen, die als Folter oder unmenschliche oder erniedrigende Behandlung einzustufen sind. Auch Jugendliche oder Erwachsene, bei denen später im Leben Intersex-Variationen festgestellt werden, können solchen Behandlungen ausgesetzt sein (C.II.).

Die **medizinischen Behandlungen** bestehen in der Regel aus zwei Elementen, die auf der Zuweisung des in der Regel weiblichen Geschlechts bei der Geburt beruhen: Dem Kind werden die Gonaden entnommen, die u.a. für die Produktion der Sexualhormone verantwortlich sind (C.II.1.), und seine äußeren Geschlechtsteile werden operativ verändert (C.II.2.). Die **Entnahme der Gonaden** führt zur Unfruchtbarkeit und zu einem schweren Hormonmangel, der in früher Kindheit in der Regel unbehandelt bleibt und später lebenslang mit Hormonpräparaten ausgeglichen werden muss, die für andere Zwecke, somit nicht für diesen Personenkreis gedacht sind. Hieraus ergeben sich schwere physische und psychische Nebeneffekte. Die **operative Feminisierung des Körpers** erfolgt oft durch Beschneidung der Klitoris unter Verlust der erotischen Empfindsamkeit, sowie durch operative Herstellung einer künstlichen Vagina, die dann durch traumatisierende und schmerzhaft regelmäßige Dehnung für die spätere Penetration vorbereitet wird. Dabei werden die Betroffenen oder ihre Sorgeberechtigten häufig völlig unzureichend informiert, insbesondere nicht darüber, dass diese Misshandlungen in der Regel medizinisch gar nicht erforderlich sind (C.IV.).

Diese Behandlungsweise erzeugt **schwere physische und psychische Leiden** (D.II.1.), die für das medizinische Personal vorhersehbar sind, so dass von einem **vorsätzlichen Handeln** auszugehen ist (D.II.2.). Die Zufügung dieser Leiden basiert auf dem **Diskriminierungsgrund Geschlecht**, da sie den Betroffenen nur aufgrund der Nonkonformität ihrer Körper und Identitäten mit der vorherrschenden Geschlechternorm drohen (D.II.3.). Da solche Behandlungen in **staatlichen Krankenhäusern** und mit staatlicher Krankenversicherung durchgeführt werden und private Behandlungen staatlicherseits trotz Kenntnis nicht verhindert werden (D.II.4.), **verstößt die Bundesrepublik Deutschland gegen ihre Pflicht zur Verhütung von Folter und grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung** (Art. 1, 2, 16 CAT). Zudem werden die Pflichten zur Fortbildung und Information des medizinischen Personals über das Folterverbot nicht adäquat umgesetzt (Art. 10 CAT).

Betroffene haben dabei aufgrund der Verjährungsfristen und der restriktiven Praxis der Akteneinsicht in Krankenhäusern erhebliche **Schwierigkeiten bei der Rechtsdurchsetzung**. Zudem werden ihre Schäden bei der Feststellung des Grads der Behinderung nicht adäquat berücksichtigt (D.III.). Dies widerspricht der Verpflichtung aus Artikel 12, 13 und 14 CAT zur Schaffung eines Rechts auf eine unparteiische Untersuchung und eines einklagbaren Rechts auf gerechte und angemessene Entschädigung und Rehabilitation.

Daher verletzt die Bundesrepublik Deutschland ihre Pflichten aus dem UN-Übereinkommen gegen Folter und grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung (E.).

Dieser Parallelbericht zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland wurde vom Verein intersexueller Menschen e.V. und der Humboldt Law Clinic erstellt und enthält abschließende **Empfehlungen** (F.).

A. Einleitung

Der 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland ist Gegenstand der 47. Sitzung des Ausschusses gegen Folter 2011. Dieser dem Ausschuss vorgelegte Parallelbericht zeigt, dass die medizinische Behandlung intersexueller Menschen in Deutschland eine Verletzung der deutschen Verpflichtungen aus dem Übereinkommen gegen Folter (CAT) darstellt. Deutsche Ärzte führen ohne medizinische Gründe und ohne gültige Einverständniserklärung Operationen an intersexuellen Kindern und Erwachsenen durch, die lebenslange Hormonbehandlungen notwendig machen, und unterwerfen dadurch intersexuelle Kinder und Erwachsene der Folter und der unmenschlichen und erniedrigenden Behandlung. Der deutsche Staat tut nichts um diese Misshandlungen zu verhindern, sondern finanziert sie sogar, und verletzt dadurch seine Pflicht zur Verhinderung von Folter und unmenschlicher und erniedrigender Behandlung (Art. 2 und 16 CAT) und zu Unterricht und Aufklärung über das Folterverbot für medizinisches Personal (Art. 10 CAT). Des weiteren zeigt dieser Bericht schwere Hindernisse für das Recht auf eine unabhängige Ermittlung und auf Wiedergutmachung und Entschädigung auf (Art. 12, 13, 14 CAT).

Dieser Bericht wurde von der deutschen Nichtregierungsorganisation Verein Intersexueller Menschen e.V. in Zusammenarbeit mit der Humboldt Law Clinic erstellt. Der Verein Intersexueller Menschen e.V. wurde 2004 gegründet und besteht heute aus XY-Frauen mit unterschiedlichen Intersex-Varianten. Die Organisation vertritt die Interessen deutscher intersexueller Menschen und ihrer Angehörigen.¹ Die Humboldt Law Clinic ist ein praxisorientiertes Ausbildungsangebot an der Juristischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, gegründet 2010.²

Dieser Bericht umfasst fünf aktuelle Fallstudien³ von intersexuellen Personen, von denen die meisten innerhalb der letzten zehn Jahre behandelt wurden. Die Daten wurden im Sommer 2011 von den Klient_inn_en oder ihren Eltern mit Hilfe anonymisierter Fragebögen erhoben; ihre Identität ist dem Verein intersexueller Menschen e.V. bekannt. Die kleine Zahl der Fallstudien beruht darauf, dass es vielen Patient_inn_en sowie ihren Familien schwer fällt darüber zu sprechen, was ihnen passiert ist, und ihre Geschichte selbst in anonymisierter Form nicht veröffentlicht sehen möchten. Diese Fallstudien zeigen jedoch exemplarisch, dass Operationen an intersexuellen Babies und Kindern nicht der Vergangenheit angehören, sondern heute in deutschen Krankenhäusern durchgeführt werden, oft ohne ausreichende Aufklärung sowohl über die Operation und ihre Alternativen, häufig ohne Einwilligung und oft ohne engültige Diagnose. Mehrere Patient_inn_en berichten über Probleme aufgrund der an ihnen vorgenommenen Eingriffe, sowohl physiologischer als auch psychologischer Art. Darüber hinaus enthält dieser Bericht zwei Fallstudien aus den Parallelberichten des Vereins intersexueller Menschen e.V. zum CEDAW-Ausschuss 2008 und zum CESCRC 2010⁴, die ältere Patient_inn_en betreffen und daher zusätzliche Erkenntnisse zu den Folgen von Gonadektomie und Hormontherapie in späteren Lebensphasen enthalten.

B. Was ist ‚Intersexualität‘?

Kinder werden nicht immer mit Körpern geboren, die in die binären, kulturell scheinbar akzeptierten Definitionen von männlich oder weiblich passen. Es gibt verschiedene

¹ Siehe auch <http://www.intersexuelle-menschen.net/>.

² Siehe auch <http://lawclinic.rewi.hu-berlin.de>.

³ Siehe Annex.

⁴ Verein intersexueller Menschen e.V. (2010), Parallelbericht zum CESCRC; ders. (2008), Schattenbericht zur CEDAW. Zusammenfassung dieser Fälle im Annex zu diesem Bericht: *Christiane V.* und *M. Frances Maria K.*

Variationen von X- und Y-Chromosom-Kombinationen, oder das durch die Chromosomen indizierte Geschlecht passt nicht zu den äußeren Genitalien; andere Körper kombinieren Hoden (die sich im Körper befinden können) mit einem Phänotyp, der sonst eher als weiblich gilt, oder weisen Geschlechtssteile auf, die entweder eine große Klitoris oder ein kleiner Penis sind.⁵ Solche Menschen werden gemeinhin als „Intersexuelle“ pathologisiert. Bei intersexuellen Menschen ist das Geschlecht einer Person aufgrund der wesentlichen Geschlechtsmerkmale, d.h. der Chromosomen, der Gonaden (Hoden, Eierstöcke und gemischte Gonaden) und der Genitalien (Größe, Funktion und Lage), nicht eindeutig als „männlich“ oder „weiblich“ feststellbar.

Sachverständige benutzen unterschiedliche Definitionen von „intersex“ – das einzige was feststeht, ist, dass es keine Grenze für die körperlichen Variationen gibt, mit denen Menschen geboren werden. *Medizinische* Definitionen von „intersex“ machen die Abweichung von der Geschlechtsnorm zum Gegenstand medizinischer Sorge, wodurch die Angleichung an eines von zwei Standardgeschlechtern als „Behandlung“ einer „Pathologie“ erscheint. Dies ist offensichtlich an Definitionen wie „Jungen und Mädchen mit DSD“ (DSD: disorders of sex development, Störungen in der Geschlechtsentwicklung), wie sie auf der Consensus Conference 2005 gefunden wurde.⁶

Die Zahl der Menschen, die intersexuell geboren werden, ist vor allem wegen der unterschiedlichen Definitionen unklar. Die deutsche Regierung verwendet eine eher enge Definition und schätzt, dass eines von 4.500 Kindern mit äußerlichen „genitalen Anomalien“ geboren wird, die tatsächlich medizinisch behandelt „werden“, d.h. ungefähr 150 Kinder im Jahr, dem entsprechend 8.000 bis 10.000 Menschen insgesamt in Deutschland.⁷ Auf der Deutschen Ärztekonzferenz 2008 belief sich die Schätzung auf mehrere Zehntausend Personen.⁸ Andere Quellen nehmen an, dass eine von 59 Lebendgeburten „genitale Missbildungen“ aufweist.⁹ Nach welcher Definition auch immer gibt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine beträchtliche Zahl von Menschen in Deutschland, denen „Behandlung“ unter Verletzung der CAT droht, Menschen, deren Rechte vom Staat nicht geschützt werden.

C. Medizinischer Umgang mit Intersexualität

I. Intersexualität als medizinisches Konstrukt

Es ist offensichtlich, dass die Standardisierung externer Genitalien keinen medizinischen Notfall darstellt: Die große Mehrzahl intersexueller Menschen ist aufgrund ihrer spezifischen Geschlechtsmerkmale bei der Geburt nicht von schweren oder lebensbedrohlichen physiologischen Krankheiten bedroht.¹⁰

⁵ Überblick aus Nichtregierungs-Perspektive auf http://www.intersexualite.org/FAQ_English.html, und auf http://www.isna.org/faq/what_is_intersex.

⁶ Internationale medizinische Expertenkonferenz in Chicago im Oktober 2005, auf der eine neue, vermeintlich weniger anstößige Definition (DSD) und eine neue Nomenklatur für medizinische Behandlung entwickelt wurden (Consensus on ‘DSD’).

⁷ BT-Drs. 16/4786, S. 3, auf der Grundlage medizinischer Berichte, die die DSD-Definition verwenden, v.a. Thyen et al. (2006), *Epidemiology and initial management of ambiguous genitalia at birth in Germany*, *Horm. Res.* 66:195-203, und Hiort (2007), *Störungen der Geschlechtsentwicklung*, *ZfS* 20 (2007):99-106, at 100.

⁸ Wortbeitrag von Prof. Dr. Mau, Wortprotokoll S. 304.

⁹ Blackless et al. (2000), *How sexually dimorphic are we?*, *Am. J. of Human Biology* 12:151-166, at 159; Fausto-Sterling (1993), *The five sexes: Why male and female are not enough*, *The Sciences* 33:20-25.

¹⁰ Leitlinien der Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ): *Störungen der Geschlechtsentwicklung* (No. 027/022, zuletzt aktualisiert 10/2010) S. 4 und 5: „Im Neugeborenenalter ist in der Regel keine chirurgische Therapie indiziert“; „Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung ... stellen bei einem Neugeborenen keinen chirurgischen, jedoch in der Regel einen psychosozialen Notfall dar.“; s.a. Chase (1998), *Surgical progress is not the answer to intersexuality*, *J. Clin. Ethics* 398.

Dennoch gilt *Intersexualität als medizinische Krankheit* und Abnormalität, die durch Operationen und Hormonersatztherapie „korrigiert“ werden muss.¹¹ In Deutschland sind geschätzte 95 % intersexueller Menschen von Genitaloperationen und verschiedenen medizinischen Eingriffen nach der Geburt betroffen, die ihre grundlegenden individuellen Geschlechtsmerkmale verändern.

Die Medikalisierung von Geschlechtsvarianten basiert auf den wissenschaftlich unfundierten medizinischen Experimenten von John Money, dem zufolge ein Kind „in seiner Geschlechterrolle erfolgreich“ sein werde, wenn das uneindeutige Geschlecht des Kindes operativ vereindeutigt wird und das Kind dies nie erfährt.¹² Money's Vorzeige-Fall („John/Joan“) dagegen endete mit dem Selbstmord des inzwischen erwachsenen Patienten. Dennoch hat dieser Ansatz die moderne Medizin der letzten 60 Jahre dominiert, so dass Ärzte und Ärztinnen die Operationen an intersexuellen Kindern so früh wie möglich durchführten.¹³

Hinzu kommt erheblicher *gesellschaftlicher und politischer Druck*, einem intersexuellen Menschen ein anerkanntes Geschlecht zuzuweisen. Es wird weithin angenommen, dass die Zuweisung eines eindeutigen Geschlechts in unserer Gesellschaft aus rechtlichen, soziologischen und psychologischen Gründen unbedingt notwendig ist.¹⁴ Aufgrund dieser vorherrschenden Ansichten sind Operationen an Kindern zur „Korrektur“ ihrer äußerlichen Genitalien gesellschaftlich akzeptiert, obwohl es an wissenschaftlichen Grundlagen für diese Annahmen mangelt, keine medizinischen Standards für dieses Verfahren existieren¹⁵, und mittlerweile bekannt ist, dass auch ein nicht-intersexueller Körper einen Menschen keineswegs vor psychologischen Problemen mit der Geschlechtsidentität bewahrt. Zudem ist es möglich, die irreversiblen medizinischen Eingriffe ohne weiteres auch später im Leben in Anspruch zu nehmen, auf eigenen Wunsch, wie die Lebensgeschichten transsexueller Menschen beweisen.

Bereits die Klassifizierung als „Störung“ ist für die Betroffenen schmerzlich, wie das folgende Zitat einer intersexuellen Person veranschaulicht: „Wenn eine Person in meiner Situation sich als neutral definiert, definiert man sich im Prinzip dadurch, was man nicht ist, und dann ist man weniger als das. Ich fühle mich nicht, als ob ich weniger bin. Ich fühle mich nicht wie ein genetischer Fehler. Ich fühle mich nicht wie genetischer Müll. Ich fühle mich nicht wie ein genetischer Fehlschlag; (Ich bin eine) genetische Variation.“¹⁶ Doch die medizinischen Prozeduren, denen intersexuelle Menschen mit Hilfe öffentlicher Gelder unterworfen werden, führen auch zu physischen und psychischen Schäden.

II. Geschlechtszuweisung und Operation

In Deutschland muss einem Kind nach der Geburt ein Geschlecht zugewiesen werden, entweder weiblich oder männlich.¹⁷ Bei intersexuellen Kindern wird diese Entscheidung nach

¹¹ http://www.intersexualite.org/Intersex_FAQ.pdf.

¹² Preves (2003), *Intersex and Identity*, S. 52-54. Im John/Joan-Fall ging es um einen Jungen, dessen Penis bei der Beschneidung beschädigt worden war; der Junge wurde operativ an das weibliche Geschlecht angeglichen und als Mädchen aufgezogen. David Reimer beging 2004 im Alter von 38 Jahren Selbstmord.

¹³ Money's Theorie und Einfluss werden ausführlicher im Parallelbericht zum CESCR (2010) erläutert.

¹⁴ Hiort et al. (1999), *Androgenresistenzsyndrome – Klinische und molekulare Grundlagen: Schlusswort*, Deutsches Ärzteblatt 96(27): A-1846/B-1586/C-1470.

¹⁵ Diamond/Beh (2000), *An emerging ethical and medical dilemma: Should physicians perform sex assignment surgery on infants with ambiguous genitalia?*, *Mich. J. of Gender & L.*, vol. 7(1):1-63, 12-27.

¹⁶ Zit. in: Preves (2003), *Intersex and Identity*, S. 127. Übers. d. Berichterstattenden.

¹⁷ § 21 Abs. 1 Nr. 3 Personenstandsgesetz (PStG): Geschlecht des Kindes muss im *Geburtsregister* beurkundet werden; eine neue Verwaltungsvorschrift sieht vor, dass dies entweder männlich oder weiblich sein muss: Nr. 21.4.3 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Personenstandsgesetz (PStG-VwV) vom 29.03.2010. Seit 2009 wird auf Verlangen das Geschlecht nicht mehr in die *Geburtsurkunde* aufgenommen (§ 59 Abs. 2 PStG), die Vorlage einer beglaubigten Abschrift aus dem *Geburtsregister* ist jedoch u.a. bei der Eheschließung, der Einschulung des Kindes oder zur Beantragung mancher Sozialleistungen erforderlich.

der Entwicklung der äußeren Geschlechtsmerkmale getroffen.¹⁸ In der Mehrzahl der Fälle (85-90 %)¹⁹ wird der Körper zu einem weiblichen Körper gemacht: „it is easier to make a hole than to build a pole“ (es ist einfacher, ein Loch zu machen als einen Pfahl zu errichten).²⁰ Grundlage für die überwiegende Zuweisung zum weiblichen Geschlecht ist jedoch nicht nur die chirurgische Machbarkeit, vielmehr entspricht dies der sexistischen Grundannahme, dass Frauen einfacher ohne erfüllende Sexualität leben können als Männer.²¹ Selbst die Fähigkeit im Stehen urinieren zu können wird dabei höher gestellt, als weibliches Lustempfinden.²² An diesen Vorgaben orientiert sich die Operation: Während feminisierende Operationen darauf abzielen, den Körper für traditionellen heterosexuellen Geschlechtsverkehr durch Penetration bereit zu machen, steht bei den selten vorgenommenen Operationen zu einem männlichen Geschlecht die Größe und Funktion des Phallus im Mittelpunkt.

Die meisten medizinischen „Behandlungen“ intersexueller Körper bestehen aus drei Elementen: Entfernung der Gonaden (Kastration), Genitaloperationen und Hormonersatztherapie. Aufgrund dieser Behandlungen sind die meisten Intersexuellen unfruchtbar, unempfindlich für sexuelle Stimulus und unfähig, lebenswichtige Hormone zu produzieren. Daraus ergeben sich schwere Folgeerkrankungen, zusätzlich zum psychischen und körperlichen Leiden, das aus der „Behandlung“ resultiert.

1. Gonadektomie (Kastration) und Hormonersatztherapie

Die Gonade ist das Organ – Hoden oder Eierstöcke oder eine Mischung aus beidem – das für die Produktion von Keimzellen verantwortlich ist, also Spermien oder Eizellen. Zusätzlich zu dieser Fortpflanzungsfunktion produzieren die Gonaden, auch Keimdrüsen genannt, lebenswichtige Hormone. Diese Hormone haben Einfluss auf die Entwicklung jener sekundären Geschlechtsmerkmale, die mit dem weiblichen oder männlichen Geschlecht assoziiert werden, sowie auf die körperliche Leistungsfähigkeit und allgemeine Gesundheit.²³ Diese Gonaden „entsprechen“ nicht immer den äußerlichen Geschlechtsteilen, befinden sich nicht immer in der „üblichen“ Lage im Körper und sind nicht immer voll ausgeprägt.

Bei intersexuellen Menschen werden die Gonaden häufig im Kindesalter **operativ entfernt**, um die ursprüngliche, weibliche Geschlechtszuweisung aufrecht zu erhalten und Vermännlichung von XY-intersexuellen Menschen (XY-Frauen) durch gonadale Hormonproduktion in der Pubertät zu verhindern. Manchmal erfolgt die Gonadektomie erst nach der Pubertät, häufig nachdem ein scheinbares Mädchen nicht menstruiert.²⁴ Die meisten Klientinnen (XY-Frauen) sind gonadektomiert. Die Operation besteht aus einem operativen Eingriff in den Körper – Skrotum oder Unterleib – und Entfernung der Organe; sie ist unumkehrbar. In Fallstudie Nr. 2 bedauert die betroffene Person die Gonadektomie bereits im Alter von 16.

Da die Gonaden sowohl für die Gameten- als auch für die Hormonproduktion verantwortlich sind, führt die Gonadektomie immer auch zur **irreversibler Unfruchtbarkeit**. Der gonadektomierte intersexuelle Mensch wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zudem **lebenslang regelmäßige Hormonersatztherapie** benötigen, die dem zugewiesenen Geschlecht entspricht, oft kontra-chromosomal – d.h. Östrogen-therapie für XY-Personen –, ohne dass feststünde, welche Hormonpegel der Körper natürlich erzeugt hätte. Diese paradoxe Hormontherapie ist

¹⁸ S. Leitlinien: Störungen der Geschlechtsentwicklung (No. 027/022, zuletzt geändert 10/2010) (oben Fn. 10), S. 5: „abhängig vom anatomischen Befund“.

¹⁹ In der Hamburger Intersex-Studie wurden 34 der 37 befragten Teilnehmer_innen dem weiblichen Geschlecht zugeordnet, vgl. Brinkmann et al. (2007), Behandlungserfahrungen von Menschen mit Intersexualität – Ergebnisse der Hamburger Intersex-Studie, Gynäkologische Endokrinologie 4 2007, S. 241.

²⁰ Stark (2006), Authenticity and Intersexuality, in: Sytsma (Hg.), 271-292, 274.

²¹ Heldmann (1998), Jenseits von Frau und Mann, in: Hauser-Schäublin (ed.), 54-77, 59-60.

²² Plattner (2008), Erfahrungen der Mutter eines intersexuellen Kindes, in: Groneberg/ Zehnder (Hg.), 13-17, 16.

²³ <http://www.faqs.org/health-encyc/Your-Body/The-Endocrine-Glands-The-gonads.html>.

²⁴ Harper (2007), Intersex, S. 107.

wissenschaftlich nicht hinreichend untersucht und entspricht daher keinen wissenschaftlichen Standards; Hormon-Präparate werden daher auch außerhalb der zugelassenen Anwendung eingesetzt (off-label use).²⁵ Die Substitution erfolgt in der Regel weit länger als dies für die Präparate empfohlen ist. Für Kleinkinder gibt es keine altersgerechten Hormonpräparate, so dass bis zum Eintritt der Pubertät regelmäßig auf eine Hormontherapie verzichtet wird. Daher entsteht ein präpubertärer Hormonmangel in einer äußerst wichtigen Entwicklungsphase, deren Folgen weitgehend unbekannt sind. In der Zeit der Pubertät werden Mädchen und junge Frauen mit nicht altersgerechten, bspw. empfängnisverhütenden Hormonpräparaten behandelt oder mit Hormonen für die Zeit der Wechseljahre oder danach, die die natürliche Entwicklung ihres Körpers gravierend verändern.

In seinem aktuellen Urteil zur für die *rechtliche* Anerkennung der Geschlechtsumwandlung verpflichtenden *operativen* Geschlechtsumwandlung für Transsexuelle hat das deutsche Bundesverfassungsgericht die **Gesundheitsrisiken** solcher Operationen und der damit verbundenen lebenslangen Hormontherapie herausgearbeitet.²⁶ Das Gericht hob insbesondere die problematischen Nebenwirkungen kontra-chromosomaler Hormontherapie hervor, einschließlich des erhöhten Risikos von Thrombose, Diabetes, chronischer Hepatitis und Leberschäden.²⁷ Aufgrund dessen wurde die operative Geschlechtsumwandlung als Voraussetzung zur Änderung des Geschlechtseintrages für verfassungswidrig erklärt. (Zu diesen Nebenwirkungen s. Fallstudien M. Frances Maria K. und Nr. 2).

Zusätzlich zu diesen lebenslangen Folgen gibt es Hinweise, dass der auf einer frühzeitigen Gonadektomie beruhende Hormonmangel Osteoporose verursacht. Ebenso führt der Hormonmangel zu einer Überlastung der Niere, da diese teilweise die Hormonproduktion der entfernten Gonaden übernimmt – mit der Folge, dass unter intersexuellen Personen die Anzahl der Nierendysfunktionen überproportional hoch ist. Zudem berichten viele XY-Frauen, die im frühen Alter gonadektomiert wurden, von Kraft- und Antriebslosigkeit, die auf Stoffwechselstörungen zurückzuführen sind (s. Fallstudien M. Frances Maria K. und Nr. 1). Viele der psychologischen Probleme, die Intersexuelle beschreiben, verschwinden sobald dem Chromosomenstatus entsprechende Hormone verabreicht werden.

2. Feminisierende Operationen

Die feminisierende Operation der äußeren Genitalien besteht in der Entfernung gesunden Gewebes von einem als zu klein angesehenen Penis bzw. einer als zu groß angesehenen Klitoris.²⁸ Dies führt häufig zum Verlust sexuellen Empfindens.²⁹ Gleichzeitig werden auch brutale Behandlungsmethoden zur Konstruktion einer künstlichen Vagina eingesetzt, die traditionellen heterosexuellen Geschlechtsverkehr durch Penetration ermöglicht. Allerdings vermeiden viele Behandlungsoffer aufgrund der psychologischen Folgen dieser Methoden den Geschlechtsverkehr oder empfinden ihn als problematisch.³⁰

Bis in die 1980er Jahre wurde die Klitoris/der Penis regelmäßig vollständig entfernt (Klitoridektomie); heute wird die **Klitorisreduktion** bevorzugt. Teilweise wird behauptet,

²⁵ Die mit der Off-label-Verabreichung verbundenen Probleme werden ausführlicher im Parallelbericht zum CESCR geschildert.

²⁶ BVerfG, Urt. v. 11. Jan. 2011 – 1 BvR 3295/07, Rn. 32. Transsexuelle sind Menschen, die in einem Geschlecht geboren sind und im anderen leben möchten. Hiermit kann der Wunsch zur Anpassung des Körpers verbunden sein, dies ist aber durchaus nicht immer der Fall.

²⁷ Ebd.; vgl. Rauchfleisch (2006), Transsexualität – Transidentität, S. 105.

²⁸ <http://www.isna.org/faq/concealment>; <http://www.isna.org/faq/conditions/clitoromegaly>.

²⁹ Richter-Appelt (2008), Medizinische und psychosoziale Aspekte bei Erwachsenen mit Intersexualität, in: Groneberg/ Zehnder (Hg.), 53-81, 58.

³⁰ Brinkmann et al. (2007), Geschlechtsidentität und psychische Belastung von erwachsenen Personen mit Intersexualität, ZfS 2007, 140: Über die Hälfte der Operierten weist Unsicherheiten in sexuellen Sozialkontakten und sexuellen Interaktionen auf, die ihre Sexualität behindern oder negativ beeinflussen.

dass Klitoridektomie von deutschen Ärzten inzwischen vollständig aufgegeben wurde.³¹ Der Verein intersexueller Menschen e.V. hat jedoch ernstzunehmende Hinweise, dass diese unmenschliche genitalverstümmelnde Behandlung nach wie vor durchgeführt wird. Auch bei der nunmehr favorisierten Klitorisreduktion ist mit der Beeinträchtigung der Sensibilität und der Orgasmusfähigkeit zu rechnen.³² Damit sind beide Formen hochinvasiv und gleichermaßen demütigend und beeinträchtigen das erotische Empfinden,³³ so dass die Unterscheidung nicht weiterführend ist.³⁴

Neben der Klitoris-OP wird eine **vaginale Öffnung** hergestellt, die Geschlechtsverkehr durch Penetration erlaubt. Manche Kinder haben eine kurze Vagina, andere haben keine. Wenn es keine Öffnung gibt oder diese zu klein für eine Ausdehnung (Dilatation) ist, werden kleine Teile des Darms oder anderer Hautteile benutzt, um eine Neo-Vagina zu konstruieren. Vaginoplastie-Verfahren ziehen aufgrund von Komplikationen wie Fistelbildungen, Verwachsungen und Entzündungen, aber auch zur Vergrößerung häufig Folgeoperationen nach sich.³⁵

Um eine funktional „adäquate“ vaginale Öffnung im Erwachsenenalter zu gewährleisten, wird die Öffnung dann mechanisch oder manuell gedehnt (Dilatation oder Bougieren), bis regelmäßiger Geschlechtsverkehr stattfindet (zweimal wöchentlich).³⁶ „Druck-Dilatation“ kann auch eine Alternative zur OP darstellen, um eine Vagina zu vergrößern. Dieses Verfahren besteht aus der Einführung eines festen Dilators in die Vagina (zweimal täglich für 15 Minuten, über Monate oder Jahre). In vielen Fällen nehmen die Eltern die Dilatation an ihren Kindern vor. Kinder mit operativ hergestellter Vagina müssen einmal jährlich in Krankenhäusern bougiert werden, bis sie als penetrierbar gelten, normalerweise etwa bis zum Alter von 14 Jahren.³⁷

III. Keine medizinischer Rechtfertigung

Allgemein werden vor allem zwei Gründe für die Rechtfertigung der medizinischen Behandlung von intersexuellen Menschen vorgebracht: Erstens wird angenommen dass aufgrund der Intersexualität schwere physiologische Probleme auftreten können, die durch den medizinischen Eingriff vermieden werden kann. Zweitens wird argumentiert, dass operative und medizinische Ansätze, die dem Ziel eines extern „normalen“ Körpers dienen, zum psychosozialen Wohlbefinden der intersexuellen Person beitragen. Beide Argumente tragen nicht.

1. Keine physiologische Rechtfertigung der medizinischen „Behandlung“

Häufig wird argumentiert, dass ein dringender medizinischer Grund für die operative Veränderung intersexueller Menschen besteht. Eine detaillierte Datenanalyse zeigt jedoch, dass dies äußerst selten der Fall ist.

Die Entfernung der Gonaden wird oft mit dem **Krebsrisiko** veränderten Hodengewebes begründet. Allerdings bezeichnen selbst die deutschen ärztlichen Leitlinien die Literatur zum definitiven Tumorrisiko in den Gonaden als „dürftig“.³⁸ Der Mangel an Untersuchungen ist zum Einen darauf zurückzuführen, dass die meisten intersexuellen Menschen im Kindesalter

³¹ Richter-Appelt (2007), Intersexualität – Störungen der Geschlechtsentwicklung, Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50:52-61, 57, für Großbritannien: Minto, et al. (2003), The effect of clitoral surgery on sexual outcome in individuals who have intersex conditions with ambiguous genitalia: a cross-sectional study, The Lancet 2003, 361, 1252-1257, 1252.

³² Richter-Appelt (2007), ebd., 57.

³³ Crouch, et al. (2004), Genital sensation after feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia: a pilot study, BJU Int. 93:135-138.

³⁴ Harper, Intersex, 2007, S. 78.

³⁵ Brinkmann (2007), Behandlungserfahrungen und Behandlungszufriedenheit von erwachsenen Menschen mit verschiedenen Formen der Intersexualität, S. 51.

³⁶ http://surgery.med.umich.edu/pediatric/clinical/physician_content/a-m/ambiguous_genitalia.shtml.

³⁷ Kessler (2002), Lessons from the Intersexed, S. 49.

³⁸ Leitlinien: Störungen der Geschlechtsentwicklung (No. 027/022, zuletzt aktualisiert 10/2010) der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, S. 5.

gonadektomiert werden, was eine Einschätzung der tatsächlichen Krebsentwicklung signifikant erschwert, zweitens fehlt es an Langzeitstudien.³⁹ Die wenigen Studien, die existieren, raten in nur wenigen Fällen zur Gonadektomie⁴⁰ und kommen zumeist zu unterschiedlichen Ergebnissen und Bewertungen des Tumorrisikos bei unterschiedlichen Intersex-Konditionen.⁴¹ Da es in den meisten Fällen ebenso möglich ist, regelmäßige Präventivuntersuchungen vorzunehmen, besteht keine Notwendigkeit, aus prophylaktischen Gründen systematisch allen intersexuellen Personen die Gonaden zu entfernen. Dennoch wird die Mehrzahl (bis 95%) aller Intersexuellen kurz nach der Geburt gonadektomiert, obwohl eine medizinische Indikation nur für eine kleine Gruppe an Betroffenen besteht.⁴² In den Fallstudien Nr. 1, 2, 4 und 5 wurden Gonadektomien durchgeführt, teilweise ohne vollständige Diagnose und damit ohne genaue Kenntnis des tatsächlichen Krebsrisikos.

Teilweise werden die Gonaden auch entfernt, um den intersexuellen Menschen zu „feminisieren“. Es wird behauptet, dass die Testosteronproduktion der körpereigenen Gonaden würde die weibliche Entwicklung und damit die Zuordnung zum weiblichen Geschlecht behindern. Für PAIS-intersexuelle Menschen⁴³, deren äußere Organe aufgrund ihrer Androgen-Insensitivität weiblich erscheinen, wird daher die Gonadektomie spezifisch empfohlen, um eine Vermännlichung in der Pubertät zu verhindern.⁴⁴ Dieses Argument trägt jedoch nicht, da dies auch noch bei Einsetzen der Pubertät verhindert werden kann, wenn das Kind alt genug ist, selbst einzuwilligen. Dies wäre zum Einen im Hinblick auf die schweren Nebenwirkungen paradoxer Hormontherapie angemessener und würde zum Anderen das Recht des Kindes auf eine offene Zukunft hinsichtlich seiner natürlichen Geschlechtsentwicklung gewährleisten.

2. Keine psychologische Rechtfertigung der medizinischen „Behandlung“

Mediziner und Medizinerinnen behaupten weiterhin, dass die Eingriffe zur **Vermeidung zukünftiger psychologischer Störungen** der intersexuellen Person erforderlich seien. Allerdings gibt es keinen Beweis, dass die Nichtvornahme dieser Eingriffe tatsächlich zu psychologischen Störungen führt. Im Gegenteil – vieles deutet daraufhin, dass der operative Eingriff selbst negative psychologische Auswirkungen auf intersexuelle Menschen hat.

Die oben benannten Vaginaloperationen zur „Normalisierung“ der äußeren Genitalien sollen den Zweck erfüllen, eine **stabile Geschlechtsidentität** zu garantieren sowie eine normale Sexualentwicklung im zugewiesenen Geschlecht. Wie aktuelle Studien jedoch eindrücklich zeigen, stellt auch ein klares eindeutiges (äußeres) Geschlecht nicht notwendigerweise eine eindeutige Geschlechtsidentität sicher.⁴⁵ Im Gegenteil, wie im „John/Joan“-Fall entwickelte *Christiane V.* (siehe Fallstudie) einen Hass auf ihre männlichen Genitalien und versuchte eine Selbstverstümmelung. Auch die Bezeichnung als „Sonderling“ im Rahmen der *medizinischen* Diagnose und Behandlung stellt bereits eine Herausforderung an die Identitätsentwicklung und -stabilität eines jungen Menschen dar.⁴⁶

³⁹ Kolbe (2010), Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht, S. 166.

⁴⁰ Looijenga et al. (2007): Tumor risk in disorders of sexual development, *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21(3):480–495.

⁴¹ Looijenga et al. (2007): Tumor risk (Fn. 40); Cools et al. (2006), Germ Cell Tumors in the Intersex Gonad: Old Paths, New Directions, Moving Frontiers, *Endocrine Rev.* 27(5):468–484, 481.

⁴² Richter-Appelt (2007), Intersexualität (Fn. 32), S. 59.

⁴³ PAIS: Partial Androgen Insensitivity Syndrome, die partielle Unfähigkeit der Zelle zur Reaktion auf Androgene, wodurch u.a. der maskulinisierende Effekt von Androgenen auf die Entwicklung der Geschlechtsorgane verhindert wird.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Brinkmann et al. (2007), Geschlechtsidentität und psychische Belastung (Fn. 30), 141. S.a. Kolbe (2010), Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht, S. 167.

⁴⁶ Preves (2003), *Intersex and Identity*, S. 4.

Zudem ist die Sorge um psychische Schäden durch das Leben mit uneindeutigen Genitalien unbegründet. In einer Studie mit 80 Erwachsenen mit uneindeutigen Genitalien litt nur eine Person an einer Psychose, die meisten berichteten zufrieden von ihren Sexualbeziehungen mit ihren Partnern.⁴⁷

Desweiteren sind die psychologischen Probleme und Traumata, die ein intersexuelles Kind durch Mobbing erleiden könne, offenbar überbewertet worden, wie nicht-operierte intersexuelle Menschen aus ihrer Kindheit berichten. Es gibt keine belastbare Grundlage für die Annahme, dass ein intersexuelles Kind mit uneindeutigen Genitalien größeren psychosozialen Belastungen ausgesetzt sein wird als jedes andere Kind in unserer Gesellschaft.⁴⁸

IV. Probleme mit der Einwilligung in medizinische Behandlung

Nach deutschem Recht muss ein Patient oder eine Patientin in eine medizinischen Behandlung einwilligen; anderenfalls macht sich der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin strafbar (z.B. Körperverletzung) und Schadensersatzpflichtig.⁴⁹ Es obliegt dem Arzt oder der Ärztin, Patient oder Patientin über die *Diagnose* und den Eingriff mit *Konsequenzen und Risiken* (einschließlich Heilungschancen), sowie über mögliche gefahrlosere Behandlungsmethoden oder Nichtbehandlung (*Alternativen*) aufzuklären.⁵⁰ Nicht ausreichende oder nicht zutreffende Informationen können die Einwilligung unwirksam machen. Das Maß der erforderlichen Aufklärung hängt von der Schwere und der Erforderlichkeit der medizinischen Behandlung ab.⁵¹ Für rein kosmetische Behandlungen ohne medizinische Indikation, wie sie an den äußeren Genitalien intersexueller Menschen durchgeführt werden, ist der Standard besonders hoch, auch fernliegende Risiken müssen erklärt werden.⁵²

1. Erwachsene werden oft nicht ausreichend aufgeklärt

Selbst wenn ein Erwachsener in eine Operation einwilligt, kann die Einwilligung unwirksam sein, wenn der Patient oder die Patientin nicht vollständig über die möglichen Probleme und Risiken der Behandlung aufgeklärt wurde, oder nicht darauf hingewiesen wurde dass über die Notwendigkeit und die Folgen der Behandlung nur unzureichende Informationen bestehen. Dieser Grundsatz wurde durch den Fall *Christiane V.* (siehe Fallstudie) bestätigt, in dem das Gericht die Operation für rechtswidrig erklärte, weil die Einwilligung auf unzureichender Aufklärung basierte.⁵³ Der Verein Intersexueller Menschen e.V. kann von mehreren Fällen berichten, in denen die **Bedingungen für eine wirksame Einwilligung nicht gegeben** waren.

Zunächst erklären Ärztinnen und Ärzte die Diagnose „Intersexualität“ regelmäßig als behandlungsbedürftige Krankheit oder Funktionsstörung, ohne zu erwähnen, dass es keine ausreichende Basis dafür gibt, dass die „Behandlung“ durch Operation tatsächlich notwendig ist oder dass sie gar hinsichtlich einer stabilen Geschlechtsidentität erfolgreich sein wird. Unerwähnt bleibt zudem die Möglichkeit, ohne „Behandlung“ gesund und glücklich weiterzuleben. Viele Patienten und Patientinnen berichten, ihnen wäre der Eindruck vermittelt worden, sie seien die Einzigen mit solchen „Probleme“, so dass ihnen nicht bewusst war, dass sie sich an andere Betroffene wenden könnten.

⁴⁷ Fausto-Sterling (2000), *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*, S. 94f.

⁴⁸ Kolbe (2010), *Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht*, S. 167.

⁴⁹ Allerdings ist die Schwelle zur strafrechtlichen Verantwortlichkeit höher als die zur zivilrechtlichen Verantwortlichkeit.

⁵⁰ Schöch, in: Roxin (2010), *Handbuch des Medizinstrafrechts*, S. 54, 66; zur Alternativbehandlung S. 70-71.

⁵¹ BGHSt 12, 379(-386), 382f., BGH NJW 2006, 2108: Je weniger dringend die Behandlung, desto höher die Anforderungen an die Aufklärung sowohl über Heilungschancen als auch über Risiken.

⁵² BGH MedR 1991, 85f.

⁵³ OLG Köln, Urt. v. 3. Sept. 2008 – 5 U 51/08, MedR 2009, 343.

Zudem, und entgegen medizinischen Standards,⁵⁴ beinhaltet die Aufklärung über die Operation oft nicht die notwendigen Folgeoperationen, insbesondere über die Notwendigkeit, die Neo-Vagina regelmäßig dehnen zu müssen (Dilatation). Bei der Aufklärung über die Gonadektomie wird häufig nicht darüber aufgeklärt, dass die Entfernung der Gonaden eine lebenslange Hormonersatztherapie notwendig machen wird, eine Behandlung mit eigenen Risiken und Nebenwirkungen.

2. Eltern willigen ohne ausreichende Aufklärung in schädliche Eingriffe ein

Der Großteil der Operationen wird an intersexuellen Kindern durchgeführt, die, soweit sie noch nicht selbst als einwilligungsfähig gelten, durch ihre Eltern oder anderen Sorgeberechtigten vertreten werden. Die einwilligenden Eltern beklagen zumeist dieselben Aufklärungsprobleme wie erwachsene Patient_inn_en (siehe Fallstudien Nr. 1, 3 und 4).

Nach deutschem Zivilrecht wird jede elterliche Entscheidung zudem am Kindeswohl gemessen (§ 1627 BGB). Da der medizinische Nutzen von Intersex-OPs außer in medizinischen Notfällen wie erwiesener hoher Krebsgefahr sehr zweifelhaft ist, die Folgen aber schwer sind, verstoßen diese OPs klar **gegen das Kindeswohl**.⁵⁵ In *Vaginaloperationen*, die als rein kosmetische Eingriffe anzusehen sind (oben II.2., III.2.), kann mangels Kindeswohl durch die Eltern nicht wirksam eingewilligt werden. Da die Sterilisation eine unumkehrbare Beseitigung des höchstpersönlichen Rechtes auf Fortpflanzung bedeutet, können Eltern (oder auch das Kind selbst) zudem generell nicht wirksam in die Sterilisierung ihres Kindes einwilligen (§ 1631c BGB). Selbst das deutsche Gesetz zur Kastration (männlicher) Sexualverbrecher erlaubt die Einwilligung in eine Kastration erst ab dem Alter von 25 Jahren (§§ 2 Abs. 1, 3 KastrG). Da die *Gonadektomie* nur in Ausnahmefällen medizinisch indiziert ist (oben III.1.), aber ebenso wie Sterilisation und Kastration die Fortpflanzungsfähigkeit beseitigt, kann in sie regelmäßig nicht wirksam eingewilligt werden.⁵⁶

Problematisch ist weiterhin, dass bei Operationen und der Hormonersatztherapie, die in sehr frühem Alter durchgeführt werden, oftmals **Folgen und Risiken nicht überschaubar sind**.⁵⁷ Es gibt Hinweise, dass solche Eingriffe schwere körperliche und psychische Folgen haben (oben II.). In solchen Fällen müssen Ärzte und Ärztinnen deutlich machen, dass es sich um ein *medizinisches Experiment* handelt, für das die rechtlichen Voraussetzungen wesentlich strenger sind.⁵⁸ Eltern berichten zudem, dass ihnen nicht erklärt wurde, dass die Neo-Vagina ihres Kindes regelmäßig bougiert werden muss und dass sie selbst sich an dieser Miss-handlung beteiligen müssen.

Bei größeren Kindern und Jugendlichen ist der **Kindeswille** entsprechend dem Alter und der Reife des Kindes bei das Kind betreffenden Entscheidungen einzubeziehen, auch bei Entscheidungen über medizinische Behandlungen. Dies fordert auch Art. 12 KRK und ist in Deutschland höchstrichterlich anerkannt.⁵⁹ Wegen der Schwere und der Intensität der medizinischen Behandlungen wird jedoch regelmäßig angenommen, dass intersexuelle Kinder und Jugendliche die Entscheidung nicht ausreichend überblicken. Statt aber abzuwarten, bis sie alt

⁵⁴ OLG Köln, MedR 1996, 564ff; Schöch, in: Roxin (2010), Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 61.

⁵⁵ Kolbe (2010), Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht, S. 178.

⁵⁶ Ibid., S. 165, 171 und *passim*; Plett (2003), Intersexuelle – gefangen zwischen Recht und Medizin, in: Koha/Pühl (eds.), 21-41, 34.

⁵⁷ Diamond/Beh (2000), An emerging ethical and medical dilemma: Should physicians perform sex assignment surgery on infants with ambiguous genitalia?, Mich. J. of Gender & L., vol. 7(1):1-63, 56.

⁵⁸ World Medical Association, Declaration of Helsinki on ethical principles for medical research involving human subjects (1964, 6. Änderung 2008), Rn. 29 und *passim*; § 40(4) AMG (Arzneimittelgesetz), § 20(4) MPG (Medizinproduktegesetz).

⁵⁹ BGHZ 29, 33-37 = NJW 1959, 811-811: Die Einwilligung eines Minderjährigen zu einem Eingriff in seine körperliche Unversehrtheit (Operation) ist rechtswirksam, wenn der Minderjährige nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu eressen vermag.

genug sind, um selbst über diese schwerwiegenden, lebensverändernden OPs zu entscheiden, wird dieses Recht ihren Eltern überlassen. Dabei berichten viele Eltern und Patient_inn_en, die vom Verein intersexueller Menschen e.V. vertreten werden, sie hätten der Behandlung niemals zugestimmt, wenn sie gewusst hätten, welches Leid dies im späteren Leben bedeutet.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass viele erwachsene Patient_innen über Notwendigkeit, Art und Konsequenzen der medizinischen Eingriffe nicht vollständig aufgeklärt werden. Dies trifft auch auf die Eltern intersexueller Kinder zu. Allerdings dürfen Eltern rechtlich nicht in schädliche irreversible Eingriffe an ihrem Kind einwilligen, die keinem klaren und erwiesenen medizinischen Zweck dienen, so wie Gonadektomie und Vaginal-OPs.⁶⁰

D. Die medizinische Behandlung intersexueller Menschen in Deutschland als Verletzung des Übereinkommens gegen Folter (CAT)

Dieser Abschnitt legt dar, dass die oben beschriebenen „normalisierenden“ Operationen und Hormonbehandlungen, für welche keine wirksame Einwilligung seitens der intersexuellen Betroffenen vorliegt, Folter oder grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlungen gemäß Art. 1 Abs. 1 und Art. 16 des Übereinkommens gegen Folter darstellen.

I. Deutschlands Verpflichtungen zur Verhinderung von Folter und grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung

Durch die Ratifikation des Übereinkommens gegen Folter (CAT) hat sich die Bundesrepublik Deutschland dazu verpflichtet sicherzustellen, dass unter ihrer Hoheitsgewalt keine Person der Folter oder einer anderen grausamen, unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlung oder Strafe unterworfen wird.⁶¹ Zudem hat Deutschland die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) ratifiziert, die in Art. 3 Folter und unmenschliche oder erniedrigende Strafe oder Behandlung verbietet,⁶² sowie den Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte (Zivilpakt), der in Art. 7 eine ähnliche Formulierung enthält und ausdrücklich den Schutz vor medizinischen Versuchen ohne freiwillige Zustimmung konstatiert.⁶³ Das Verbot der Folter gilt absolut und ist nicht derogierbar.⁶⁴ Alle genannten Übereinkommen sind infolge ihrer Ratifikation unmittelbar geltendes Recht in Deutschland. Zudem ist das Folterverbot als allgemeine Regel des Völkerrechts Bestandteil des Bundesrechts.⁶⁵ Das Recht, keiner Folter unterworfen zu werden ist mithin auf verfassungs- und bundesgesetzlicher Ebene verankert und geschützt.⁶⁶

⁶⁰ Kolbe (2010), Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht, S. 164f.

⁶¹ Die DDR unterzeichnete das Übereinkommen gegen Folter am 13. Okt. 1986. Die wiedervereinigte Bundesrepublik Deutschland ratifizierte das Übereinkommen am 1. Okt. 1990; http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-9&chapter=4&lang=en#3 (zuletzt eingesehen am 26. Juli 2011).

⁶² Ratifiziert am 5. Dez. 1952.

⁶³ Ratifiziert am 17. Dez. 1973; Art. 7 ICCPR: „Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden. Insbesondere darf niemand ohne seine freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterworfen werden.“

⁶⁴ Art. 2 Abs. 2 CAT; Nowak/McArthur (2008), Convention Against Torture, Art. 3 Rn. 200; CAT, Allgemeine Bemerkung Nr. 2, CAT/C/GC/2, Rn. 5-6. Nicht-Derogierbarkeit bedeutet dass das Recht nicht in besonderen Fällen außer Kraft gesetzt werden kann, wie dies z.T. bei anderen Rechten möglich ist.

⁶⁵ Art. 25 Grundgesetz (GG).

⁶⁶ Art. 2 Abs. 2 und Art. 1 Abs. 1 GG schützen die Würde des Menschen vor Beeinträchtigungen durch Folter. Diesem Schutz wird weiterhin absolute Geltung zugesprochen: Herdegen, in: Maunz/Dürig (2011), GG Art. 1 Rn. 95-99. Art. 104 Abs. 1 GG verbietet explizit die seelische oder körperliche Misshandlung festgehaltener Personen. Konkretisiert und umgesetzt wird diese Norm in § 136a Strafprozessordnung (StPO).

II. Die medizinische Behandlung intersexueller Menschen in Deutschland als Folter

In Art. 1 CAT wird Folter definiert als:

„jede Handlung, durch die einer Person vorsätzlich große körperliche oder seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt werden, zum Beispiel um von ihr oder einem Dritten eine Aussage oder ein Geständnis zu erlangen, um sie für eine tatsächlich oder mutmaßlich von ihr oder einem Dritten begangene Tat zu bestrafen oder um sie oder einen Dritten einzuschüchtern oder zu nötigen, oder aus einem anderen, auf irgendeiner Art von Diskriminierung beruhenden Grund, wenn diese Schmerzen oder Leiden von einem Angehörigen des öffentlichen Dienstes oder einer anderen in amtlicher Eigenschaft handelnden Person, auf deren Veranlassung oder mit deren ausdrücklichem oder stillschweigendem Einverständnis verursacht werden. Der Ausdruck umfasst nicht Schmerzen oder Leiden, die sich lediglich aus gesetzlich zulässigen Sanktionen ergeben, dazu gehören oder damit verbunden sind.“

Obwohl sich eine große Zahl der Folterfälle in Haft oder Gewahrsam ereignen, kann Folter nicht nur auf Akte der Befragung, Bestrafung oder Einschüchterung von Gefangenen reduziert werden.⁶⁷ Vielmehr sind unterschiedlichste Kontexte und Handlungen umfasst. Der UN-Sonderberichterstatter für Folter formulierte: „Während schon vollständig gerechtfertigte medizinische Behandlungen zu großen Schmerzen oder Leiden führen können, können eingreifende und irreversible medizinische Behandlungen, die keinen Therapiezweck verfolgen oder darauf abzielen, eine Behinderung zu korrigieren oder zu mindern, Folter und Misshandlung darstellen, wenn sie unter Zwang oder ohne die freiwillige Einwilligung nach vorheriger Aufklärung der betroffenen Person erfolgen.“⁶⁸

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen stellen medizinisch unnötige „normalisierende“ genitale Operationen und Hormonbehandlungen, für die keine wirksamen Einwilligungen der Betroffenen vorliegen, Folter i.S.d. Art. 1 Abs. 1 CAT dar. Dies bedeutet, dass sie große Schmerzen oder Leiden zufügen (1), dies vorsätzlich (2) und aus einem spezifischen Grund geschieht (3), es eine staatliche Beteiligung gibt (4) und sie keine gesetzlich zulässige Sanktion darstellen (5).

1. Zufügung großer Schmerzen oder Leiden

Die Zufügung großer Schmerzen oder Leiden kann körperlicher oder seelischer Art sein. **Seelisches Leiden** wird definiert als die Zufügung von Schmerzen durch die Schaffung eines Zustandes schwerer seelischer Belastung (*anguish and stress*) durch andere Art und Weise als direkte körperliche Einwirkung.⁶⁹ Jedes Foltermerkmal muss im individuellen Fall unter Berücksichtigung aller jeweiligen Umstände untersucht werden: Es gibt keine abschließende Liste dessen, was Folter darstellt.⁷⁰

Die Intensität von Schmerzen und Leiden ist relativ und muss im jeweiligen konkreten Kontext beurteilt werden. Somit ist jede mögliche Foltermaßnahme von einem objektiven Standpunkt aus unter Berücksichtigung aller Umstände des jeweiligen konkreten Einzelfalls und der jeweiligen individuellen Verwundbarkeit der Betroffenen zu beurteilen.⁷¹ Zu berücksichtigende Faktoren sind etwa die Dauer der Behandlung, die jeweiligen körperlichen und seelischen Auswirkungen, sowie das Geschlecht, das Alter oder der Gesundheitszustand der Betroffenen.⁷² Der Sonderberichterstatter für Folter verwies darauf, dass die Folgen von Folter

⁶⁷ Sifris (2010), Conceptualising involuntary sterilisation as ‘severe pain or suffering’ for the purposes of torture discourse, *Neth. Qu. HR* 28(4), 523-547, S. 526.

⁶⁸ Zwischenbericht des Sonderberichterstatters für Folter, UN Doc. A/63/175, 28. Juli 2008, Rn. 47.

⁶⁹ EKMR, *Greek case*, Bericht vom 15. Nov. 1969, *Yearbook XII* (1969), S. 461.

⁷⁰ Association for the Prevention of Torture (2001), *The Definition of Torture*, S. 28.

⁷¹ Ebd., S. 28.

⁷² EGMR, *Irland/Vereinigtes Königreich* (1978) 2 EHRR 25, Rn. 162.

für **Kinder** unter bestimmten Umständen im Vergleich zu Erwachsenen schwerwiegender sein können, da ihre körperliche und seelische Entwicklung noch nicht abgeschlossen sei und sie deshalb verwundbarer seien.⁷³ Die Auswirkungen von Folter und unmenschlicher und erniedrigender Behandlung variieren auch nach dem Alter und dem individuellen Entwicklungsstand des Kindes. Die Folterung eines Kindes könne länger anhaltende Folgen für sie haben als die Folterung von Erwachsenen.⁷⁴ Wie Mädchen, die Genitalverstümmelung erleiden, befinden sich auch intersexuelle Kinder, die in einem frühen Alter operiert werden, in einer Situation der **Machtlosigkeit**, da sie unter der vollkommenen Kontrolle ihrer Eltern sind und keine Möglichkeit haben sich zu wehren.⁷⁵

Obwohl die Operationen an Intersexuellen für gewöhnlich unter adäquater Betäubung (Narkose) durchgeführt werden, führen die Gonadektomie (a.) und die Vaginoplastie (b.) zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen des körperlichen und seelischen Wohlbefindens intersexueller Menschen und zu großen Schmerzen und Leiden. Dies beinhaltet das Leiden an der Zuordnung zum ‚falschen‘ Geschlecht.

a. Gonadektomie

Die Entfernung der Gonaden führt zu einer **dauerhaften, irreversiblen Unfruchtbarkeit** (oben C.II.2.), **die große seelische Leiden verursacht**. Obwohl einige intersexuelle Menschen von Geburt an unfruchtbar sein können, trifft dies nicht auf alle Betroffenen zu. Zudem ist nicht auszuschließen, dass als fortpflanzungsunfähig geltende Personen Kinder zeugen.⁷⁶ Das Leiden an der Zeugungsunfähigkeit ist eng verknüpft mit den gesellschaftlichen Konstruktionen der reproduktiven Funktion der Frau als identitätsstiftendem Moment⁷⁷ und der komplementären die Familie beschützenden Funktion des Mannes. Gesellschaftliche Werte und Erwartungen tragen wesentlich zur Intensität der Schmerzen und Leiden bei. In den Allgemeinen Empfehlungen Nr. 19 konstatiert der CEDAW-Ausschuss, dass sich Zwangssterilisierung und Zwangsabtreibung nachteilig auf die körperliche und geistig-seelische Gesundheit von Frauen auswirken.⁷⁸ Ähnliches ist für Männer anzunehmen. Im Fall der Sterilisierung einer ungarischen Roma ohne ihr Einverständnis und Wissen stellte der Ausschuss den tiefen Einschnitt fest, den die Sterilisierung auf ihr Leben und das ihres Partners hatte: Beide mussten im Anschluss an die Sterilisierung wegen Depressionen und Traumata in ärztliche Behandlung.⁷⁹ Der Sonderberichterstatter für Folter griff das Thema in deutlichen Worten auf.⁸⁰ Die Sterilisierung von Frauen ohne ihre Einwilligung ist als Verletzung des Folterverbots anerkannt.⁸¹ Ein derartiges Vorgehen dokumentiert die Fallstudie *Christiane V.*

Die Gonadektomie führt zur **Beendigung der natürlichen Hormonproduktion, was ebenfalls zu großen Leiden führt**. Die Gonaden produzieren lebensnotwendige Hormone, ohne die es auf natürlichem Wege nicht zum Einsetzen der Pubertät kommen kann. Da diese Hormone zudem eine wichtige Rolle bei der Knochenbildung spielen,⁸² kann es zu schweren Formen von Osteoporose kommen. Stresshormone, die Schilddrüsenfunktion, die Hypophyse, der Blutzuckerspiegel und der Fettstoffwechsel werden beeinträchtigt. Dies alles führt dazu,

⁷³ Bericht des Sonderberichterstatters für Folter, E/CN. 4/1996/35, Rn. 10.

⁷⁴ Association for the Prevention of Torture (2001), *The Definition of Torture*, S. 81.

⁷⁵ Bericht des Sonderberichterstatters für Folter, UN Doc. A/HRC/7/3, Rn. 53.

⁷⁶ So der 16. Zivilsenat des OLG Köln: Beschluss v. 30.11.2009, Az. 16 Wx 94/09, Rn. 15.

⁷⁷ Sifris (Fn. 66), S. 542.

⁷⁸ CEDAW, Allgemeine Empfehlung Nr. 19 (1992).

⁷⁹ CEDAW, *Andrea Szijarto vs. Hungary*, Communication No. 4/2004, UN Doc. A/61/38, 14 Aug. 2006.

⁸⁰ Bericht des Sonderberichterstatters für Folter, UN Doc. A/HRC/7/3, Rn. 39.

⁸¹ Menschenrechtsausschuss (CCPR), Allgemeine Erklärung Nr. 28 (2000) zu Artikel 3 (Gleichberechtigung zwischen Männern und Frauen), Rn. 20. S.a. Abschließende Bemerkungen zur Slowakei (CCPR/CO/78/SVK, Ziff. 12), zu Japan (CCPR/C/79/ADD.102, Ziff. 31) und Peru (CCPR/CO/70/PER, Ziff. 21). S.a. CAT, Abschließende Bemerkungen zu Peru (CAT/C/PER/CO/4, Ziff. 23).

⁸² Kolbe (2010), *Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht*, S. 166.

dass die Betroffenen nicht ihre natürliche Körperlichkeit entwickeln können und sich in ihrem Körper nicht „zu Hause“ fühlen: vgl. Fall Nr. 5. Zudem sind dem *Verein intersexueller Menschen e.V.* aus den Selbsthilfegruppen mehrere Fälle von Depressionen als Folge von Gonadektomien bekannt (vgl. a. Fallstudie M. Frances Maria K.).

Gonadektomierte Intersexuelle benötigen deshalb lebenslang Hormonersatztherapien, die zu schweren körperlichen Leiden führen. Selbst wenn eine angemessene Hormonersatztherapie verabreicht wird, haben diese Menschen häufig *atypische Gesundheitsprobleme*, wie Fehlsteuerungen des Immunsystems oder Störungen des Fettstoffwechsels. Bei kastrierten genetisch männlichen Personen sind typische körperliche Nebenwirkungen etwa Blutarmut/Anämie, Formen von Diabetes oder Funktionsstörungen der Niere oder Nebenniere. Diese Gesundheitsprobleme, die untypisch für Menschen im jungen Alter sind, schädigen nicht nur den Körper, sondern beeinträchtigen auch das seelische Gleichgewicht und das soziale Leben. Die *paradoxe Hormonersatztherapie* – etwa die Verabreichung weiblicher Sexualhormone an operativ feminisierte XY-Personen – verändert auch die äußerlichen Geschlechtsmerkmale, insbesondere die sekundären Geschlechtsmerkmale. Während diese dann denjenigen des anderen Geschlechts äußerlich ähneln, entsprechen sie regelmäßig in Ausprägung, Struktur und Funktion nicht ihrem ‚natürlichen‘ Vorbild. Häufig haben die Betroffenen Angst davor, dass ihre künstlich veränderten Geschlechtsmerkmale nicht den Anforderungen der Gesellschaft genügen. Dies führt in vielen Fällen zu Depressionen bei den Betroffenen. Hormonersatztherapien können somit weitreichende und schwerwiegende Auswirkungen auf die Identität einer Person haben, deren Wahrnehmung und Körperempfinden tiefgreifend stören und so schwereres seelisches Leiden verursachen.

b. Feminisierende Operationen

Nach wie vor wird Kindern mit „uneindeutigem“ Geschlecht gesundes genitales Gewebe, was entweder als kleiner Penis oder große Klitoris eingeordnet werden könnte, entfernt, obwohl sie sich noch inmitten ihrer körperlichen Entwicklung befinden.

Die **Entfernung oder Beschneidung der Klitoris** wird im internationalen Recht v.a. als Bestandteil von weiblicher Genitalverstümmelung (*female genital mutilation*, FGM) thematisiert.⁸³ Der Sonderberichterstatter für Folter, die Sonderberichterstatterin für Gewalt gegen Frauen und der Menschenrechtsausschuss haben klargestellt, dass FGM Folter darstellt⁸⁴ und dass aus einer menschenrechtlichen Perspektive heraus auch die professionelle Durchführung von FGM in Kliniken diese Praxis nicht akzeptabler macht.⁸⁵ Dies gilt auch für die Klitorisverstümmelung intersexueller Kinder oder Erwachsener durch unnötige kosmetische Operationen, die ebenso wie FGM aus rein kulturellen Gründen vorgenommen werden.

Medizinischen Studien zufolge⁸⁶ wird durch feminisierende Genitoplastie regelmäßig das **genitale Empfinden beeinträchtigt**. Die Verminderung der erotischen Sensibilität korrespondiert mit Beeinträchtigungen der sexuellen Funktion. Intersexuelle leiden daher häufig

⁸³ Das Verfahren wird auch als Female Genital Cutting (FGC) bezeichnet. Die Weltgesundheitsorganisation definiert als FGM alle Verfahren, die die teilweise oder vollständige Entfernung der externen weiblichen Genitalien zum Gegenstand haben, oder jede andere Verletzung der weiblichen Genitalien aus nicht-medizinischen Gründen (vgl. z.B. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>), und unterscheidet vier Kategorien, darunter auch Klitoridektomie.

⁸⁴ Bericht des Sonderberichterstatters für Folter, UN Doc. A/HCR/7/3, Rn. 53 u. 54; Bericht der Sonderberichterstatterin für Gewalt gegen Frauen, UN Doc. E/CN.4/2002/83, Rn. 6; s.a. UN Doc. A/HRC/4/34, Rn. 56. Verletzung von Art. 7 Zivilpakt: s. CCPR, Allgemeine Erklärung Nr. 28 (2000), Rn. 11; s.a. Abschließende Bemerkungen zu Uganda, CCPR/CO/80/UGA, Rn. 10; Mali, CCPR/CO/77/MLI, Rn. 11; Schweden, CCPR/CO/74/SWE, Rn. 8; Jemen, CCPR/CO/84/YEM, Rn. 11.

⁸⁵ Bericht des Sonderberichterstatters für Folter, UN Doc. A/HCR/7/3, Rn. 53, 54.

⁸⁶ Crouch, et al. (2004), Genital sensation after feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia: a pilot study, *BJU Int.* 93:135-138.

unter sexueller Dysfunktion, insbesondere im Hinblick auf Schwierigkeiten bei der vaginalen Penetration und die Häufigkeit von Geschlechtsverkehr.

Genitale Dilatation, die regelmäßige Dehnung der Neo-Vagina nach der Operation zur Vermeidung der Rückbildung des Gewebes, wird als eine äußerst verletzende Erfahrung beschrieben. Die Einführung eines festen Gegenstandes in die Vagina eines jungen Menschen ist nicht nur schmerzhaft sondern stellt ein traumatisierendes Erlebnis dar. Derartige Eingriffe in den Körper, die ohne das Einverständnis des Opfers durchgeführt werden, stellen eine Vergewaltigung dar. In der *Akayesu*-Entscheidung stellte der Internationale Strafgerichtshof für Ruanda klar, dass unter Vergewaltigung nicht nur die Penetration der Vagina durch einen Penis zu verstehen ist, sondern auch die Penetration durch andere Objekte oder Körperteile.⁸⁷ Der Inter-Amerikanische Gerichtshof für Menschenrechte sah eine vaginale „Untersuchung“ mit dem Finger als Vergewaltigung und als Folter an, ein Eingriff, der demjenigen bei der Dilatation sehr ähnelt.⁸⁸ Da Vergewaltigung „tiefe seelische Narben bei den Opfern zurücklässt, die im Unterschied zu den Folgen anderer Formen von körperlicher oder seelischer Gewalt wesentlich mehr Zeit benötigen, um zu heilen“,⁸⁹ wurde sie in zahlreichen internationalen Kontexten als Folter eingestuft.⁹⁰ Intersexuelle Menschen, die als Kinder Dilatation ausgesetzt waren, berichten später häufig davon, jegliche Art von Penetration nicht ertragen zu können, und Körperlichkeit als verstörend zu empfinden.

Die schwerwiegendsten seelischen Leiden können – unabhängig von den zuvor durchgeführten medizinischen ‚Behandlungen‘ – zu **suizidalen Neigungen** führen. Laut einer in Hamburg durchgeführten Studie haben 50 % der Personen, bei welchen irreversible operative Eingriffe vorgenommen worden waren, Suizidgedanken.⁹¹ Eine andere Studie belegt erhöhte Inzidenzen von Selbstverletzung und suizidalen Neigungen unter Personen mit „DSD“⁹², vergleichbar mit jenen, die bei Frauen erhoben wurden, die infolge körperlicher oder sexueller Misshandlungen traumatisiert sind.⁹³ Eine betroffene Person formulierte in Bezug auf die schwerwiegendsten Auswirkungen der Operationen: „Das Recht, selbst zu entscheiden, was mit dem eigenen Körper geschieht, ist von herausragender Bedeutung. Ich bin nicht die einzige, die Suizidphantasien hatte, die daher kamen, dass ich mich hilflos ausgeliefert fühlte angesichts der ganzen Behandlungen, die ich als intersexuelle Person über mich ergehen lassen musste.“

⁸⁷ ICTR, *Prosecutor v. Akayesu*, ICTR-96-4, 13. Feb. 1996, ergänzt am 17. Juni 1997; s.a.: ICC, Elements of Crimes, article 8(2)(b)(xxii)-1.

⁸⁸ IAGMR, *Miguel Castro-Castro Prison v. Peru*, 25 Nov. 2006, Rn. 312.

⁸⁹ EGMR, *Aydin/Türkei*, Beschwerde Nr. 57/1996/676/866, 25. Sept. 1997: „leaves deep psychological scars on the victims which do not respond to the passage of time as quickly as other forms of physical and mental violence“ (Übers. d. Verf.).

⁹⁰ Sonderberichterstatter für Folter, UN Doc. E/CN.4/1992/SR.21, Rn. 35, E/CN.4/1995/34, Rn. 19, A/HRC/7/3, Rn. 35; CAT, *C.T. and K.M. v. Sweden*, CAT/C/37/D/279/2005; *V.L. v. Switzerland*, CAT/C/37/D/262/2005; implizit (ebenso *X, Y, Z v. Sweden*, No. 61/1996); *T.A. v. Sweden*, CAT/C/34/D/226/2003, und *Mrs. Pauline Muzonzo Paku Kisoki v. Sweden*, CAT/C/16/D/41/1996. Für die Inter-Amerikanische Konvention gegen Folter: IAKMR, *Raquel Martí de Mejía v. Perú*, Case 10.970, Rep. No. 5/96, OEA/Ser.L/V/II.91 Doc. 7 S. 157 (1996), 1. März 1996; *Dianna Ortiz v. Guatemala*, Case 10.526, Rep. No. 31/96, OEA/Ser.L/V/II.95 Doc. 7 rev. S. 332 (1997), 16. Okt. 1996; zum humanitären Völkerrecht: ICTY, *Prosecutor v. Anto Furundzija* (Trial Judgment), IT-95-17/1-T, 10.12.1998, Rn. 266f.; *Prosecutor v. Zdravko Mucic aka "Pavo", Hazim Delic, Esad Landzo aka "Zenga", Zejnil Delalic* (Trial Judgment), IT-96-21-T, 16.11.1998, Rn. 940-943. ICTR, *Prosecutor v. Akayesu* (Trial Judgment), ICTR-96-4-T, 02.09.1998, Rn. 597.

⁹¹ Antwort des Hamburger Senats auf die Grosse Anfrage von DIE LINKE, Drucksache 19/1993, 13. Feb. 2009; s.a. Brinkmann et al. (2007), Geschlechtsidentität und psychische Belastungen von erwachsenen Personen mit Intersexualität, ZfS 2007, 140.

⁹² DSD: Disorders of sex development, definiert im Consensus on DSD (2005).

⁹³ Schützmann et al. (2009), Psychological distress, suicidal tendencies, and self-harming behaviour in adult persons with different forms of intersexuality, Arch Sex Behav. 2009 Feb;38(1):16-33.

Solche Suizidphantasien scheinen leider außergewöhnlich häufig zu sein bei uns, die wir Operationen hatten, die uns doch erlauben sollten, normal‘ zu sein.“⁹⁴ (Übers. d. Verf.)

2. Vorsatz

Der Vorsatz (*intention*) muss sich sowohl auf die Zufügung großer Schmerzen und Leiden erstrecken als auch auf den dahinter stehenden Grund.⁹⁵ Dies schließt rein fahrlässiges Handeln aus.⁹⁶ Es genügt jedoch, wenn der Vorsatz die Handlung umfasst, aus der sich Schmerzen oder Leiden ergeben, selbst wenn das Leiden an sich nicht gewollt ist.⁹⁷

Der Sonderberichterstatter für Folter verweist darauf, dass der Vorsatz impliziert sein kann, sofern die Handlung einem bestimmten *Grund* dient (zum Grund unten 3.),⁹⁸ insbesondere wenn eine Person aufgrund ihrer Behinderung diskriminiert wird.⁹⁹ Vorsatz und Folterzweck erfordern keinen Nachweis der subjektiven Motivationen der Handelnden, sondern sind nach den Umständen des Einzelfalls objektiv festzustellen.¹⁰⁰ Der Sonderberichterstatter betont, dass im Kontext medizinischer Behandlungen Diskriminierungen durch medizinisches Fachpersonal oftmals unter dem Vorwand „guter Absichten“ geschehen.¹⁰¹ Wenn Individuen wegen ihrer körperlichen Besonderheiten, in medizinischer Fachsprache als „disorders of sex development“ (DSD) pathologisiert, Diskriminierung erleiden, so impliziert dies Vorsatz.

Operationen an Intersexuellen werden stets **vorsätzlich** durchgeführt und sind kein Resultat fahrlässigen Handelns. Ärzte und Ärztinnen sind sich dabei bewusst, dass es für gewöhnlich an einer medizinischen Indikation hierfür fehlt, dass die medizinischen Behandlungen irreversibel sind und zu schwerwiegenden körperlichen und seelischen Schäden bei den Betroffenen führen. Die körperlichen und seelischen Leiden, die durch Klitoridektomie, Klitorisreduktion, Vaginaldilatation, Unfruchtbarmachung und Abhängigkeit von Hormonersatztherapien verursacht werden, sind in der medizinischen Fachliteratur bekannt (oben C.II.). Es ist somit **vorhersehbar** für jene, die diese medizinischen Behandlungen vornehmen, dass diese zu großen Schmerzen und Leiden führen. Nachstehend (unten 3.) wird dargelegt, dass die ‚Behandlungen‘ auch in diskriminierender Weise vorgenommen werden.

Der Vorsatz wird nicht dadurch beseitigt, dass die Operationen **in guter Absicht** durchgeführt werden. Dies hat der Sonderberichterstatter für den Fall der Diskriminierung einer behinderten Person durch medizinisches Fachpersonal deutlich gemacht.¹⁰² Das gleiche gilt für intersexuelle Menschen, bei welchen Ärzte und Ärztinnen glauben, Krebs und sozialer Ausgrenzung vorbeugen zu müssen. Die Tatsache, dass es keine medizinische Rechtfertigung für unmenschliche und erniedrigende Behandlung gibt (oben C.III.), bedeutet, dass gute Absichten nicht dazu führen, dass die medizinischen Behandlungen keine Folter darstellen.

3. Foltergrund der Diskriminierung

Art. 1 CAT verlangt, dass die Schmerzen oder Leiden aus einem der aufgezählten Gründe zugefügt werden, etwa zur Erlangung einer Aussage oder eines Geständnisses, zur Bestrafung

⁹⁴ Joan Whelan, Präsentation beim Intersex Panel for Sex Week an der Robert Wood Johnson Medical School.

⁹⁵ Nowak/McArthur (2008), UN Convention against Torture, Comment Art.1, Rn. 107.

⁹⁶ Zwischenbericht des Sonderberichterstatters für Folter, UN Doc. A/63/175, Rn. 49; Boulesbaa (1999), The U.N. Convention on Torture and the prospects for enforcement, S. 20; Burgers/Danielius (1988), The UN Convention against Torture, S. 118; Nowak/McArthur (Fn. 94), Comment Art. 1, Rn. 106.

⁹⁷ Copelon (1994), Recognizing the Egregious in the Everyday: Domestic Violence as Torture, Col. HR L.R. 25:291-368, S. 325. Siehe auch *Zubeda v. Ashcroft*, 333 F.3d 463, S. 473 (3rd Cir 2003): “the foreseeable consequence of deliberate conduct”.

⁹⁸ Zwischenbericht des Sonderberichterstatters für Folter, UN Doc. A/63/175, Rn. 30.

⁹⁹ Ebd. Rn. 49.

¹⁰⁰ CAT, Allgemeine Bemerkung Nr. 2 (2007), CA/C/GC/2, Rn. 9.

¹⁰¹ Zwischenbericht des Sonderberichterstatters für Folter, UN Doc. A/63/175, Rn. 49.

¹⁰² Ebd., Rn. 50.

oder Einschüchterung oder „aus einem anderen, auf irgendeiner Art von Diskriminierung beruhenden Grund“.

Der Ausschuss gegen Folter betont, dass der Schutz bestimmter besonders von Folter bedrohten Minderheiten, marginalisierten Individuen oder Bevölkerungsgruppen Bestandteil der Pflicht der Staaten sei, Folter zu verhindern. Die Vertragsstaaten müssen sicherstellen, dass ihre Gesetze in Bezug auf die CAT ohne Ansehen des **Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Transgender-Identität, geistiger oder anderer Behinderung oder des Gesundheitsstatus** auf alle Personen angewandt werden. Dies beinhaltet auch die effektive Verfolgung und Bestrafung gewalttätiger Akte und Misshandlungen diesen Individuen gegenüber sowie die Schaffung präventiver und die Individuen schützender Maßnahmen.¹⁰³

Die medizinischen Manipulationen an intersexuellen Menschen werden aufgrund einer Diskriminierung wegen des **Geschlechts** durchgeführt. Dies betrifft sowohl das biologische Geschlecht (*sex*), mithin die genetischen und anatomischen Merkmale, die als Grundlage der Unterscheidung zwischen Männern und Frauen dienen, als auch das soziale Geschlecht (*gender*), womit die sozial konstruierten Rollenbilder gemeint sind, sowie die Rechte und Verantwortlichkeiten, die gesellschaftlich jenen zugewiesen werden, die jeweils als Männer oder als Frauen definiert sind. Dabei ist die *Geschlechtsidentität* (*gender identity*), d.h. die selbst gewählte männliche, weibliche oder andere Identität einer Person nicht zwangsläufig an das biologische oder das soziale Geschlecht gekoppelt.

Intersexuelle jeden Alters werden wegen ihrer tatsächlichen oder als solcher empfundenen Nonkonformität mit den gesellschaftlichen Vorstellungen von Geschlecht Opfer von Misshandlungen i.S.d. des Übereinkommens gegen Folter. Der Ausschuss gegen Folter begreift Geschlecht als zentrales Moment bei der Foltergefährdung, insbesondere wenn es um reproduktive Entscheidungen geht.¹⁰⁴ Dies gilt nicht nur für das weibliche Geschlecht, obwohl eine Diskriminierung wegen des Geschlechts häufig im Zusammenhang mit Diskriminierungen von Frauen genannt wird. Auch Art. 1 CEDAW definiert die Diskriminierung von *Frauen* als „jede mit dem *Geschlecht* begründete Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung, die zur Folge oder zum Ziel hat, dass die auf die Gleichberechtigung von Mann und Frau gegründete Anerkennung, Inanspruchnahme oder Ausübung der Menschenrechte und Grundfreiheiten durch die Frau – ungeachtet ihres Familienstandes – im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, staatsbürgerlichen oder jedem sonstigen Bereich beeinträchtigt oder vereitelt wird.“ (Herv. d. Verf.) In den Gesellschaften, in welchen wir heute leben, gibt es nur die Wahl zwischen zwei Geschlechtern. Um also in diesen Gesellschaften voll akzeptiert und anerkannt werden zu können, muss sich eine Person entweder als männlich oder als weiblich zu erkennen geben.¹⁰⁵ Intersexuelle Menschen jedoch passen nicht in dieses binäre Korsett, sondern fordern mit ihren Körpern diese Binärität heraus. Manche haben keine Geschlechtsidentität, die als ausschließlich männlich oder weiblich zugeordnet werden kann. Der Angriff auf diese Norm wird nicht nur von Ärzten und Ärztinnen, sondern auch gesellschaftlich als hochproblematisch angesehen und empfunden. Intersexuelle Kinder müssen plastische Operationen über sich ergehen lassen, damit ihre Körper den dominanten Vorstellungen darüber entsprechen, wie ein ‚männlicher‘ oder ein ‚weiblicher‘ Körper auszusehen hat. Gonaden und uneindeutige Genitalien werden entfernt oder verstümmelt, um eine ‚eindeutige‘ Person herzustellen, die den geschlechtlichen Normen entspricht. Dies beginnt mit der Einordnung Neugeborener als entweder männlich oder weiblich. Erst nachdem ein bestimmtes Geschlecht zugeordnet wurde, kann die geschlechtsspezifische Sozialisierung beginnen.¹⁰⁶ Zwangsweise Sterilisierung ist als Diskriminierung wegen des Geschlechts anzusehen, die in überproportio-

¹⁰³ CAT, Allgemeine Bemerkung Nr. 2 (2007), CA/C/GC/2, Rn. 21 (Herv. d. Verf.).

¹⁰⁴ Ebd., Rn. 22.

¹⁰⁵ Preves (2003), *Intersex and Identity*, S. 19.

¹⁰⁶ Ebd., S. 15.

naler Weise Frauen betrifft.¹⁰⁷ Doch auch in den Fällen, in welchen diese Behandlungen durchgeführt werden, weil eine Person nicht eindeutig dem einen oder anderen Geschlecht zuzuordnen ist, handelt es sich um eine Diskriminierung wegen des Geschlechts.

Durch Operationen werden intersexuelle Kinder **im Vergleich zu Kindern, die eindeutig zugeordnet werden können**, benachteiligt. Im Unterschied zu intersexuellen Kindern müssen Kinder ohne „uneindeutige“ Genitalien nach der Geburt nicht operiert werden. Sie ‚passen‘ in die Gesellschaft und werden als ‚normale‘ Kinder nach Hause geschickt, um in ihrem natürlichen biologischen und sozialen Geschlecht aufzuwachsen. Intersexuelle Kinder jedoch, die augenscheinlich nicht in die Gesellschaft ‚passen‘, müssen mit einem ihnen zugewiesenen Geschlecht und den damit verbundenen körperlichen und seelischen Schmerzen leben. Nur für diese Gruppe von Personen scheint diese Art von medizinischer Behandlung statthaft zu sein, um diese Gruppe unsichtbar zu machen.

Die Operationen **beeinträchtigen intersexuelle Menschen im Ausleben ihrer natürlichen Sexualität** und machen eine Anerkennung dieser Form der Sexualität in der Gesellschaft von vornherein zunichte. Die Operationen berauben die Betroffenen ihrer geschlechtlichen Persönlichkeit (vgl. Fall Nr. 5; Christiane V.). Geschlecht und Geschlechtsidentität gelten allgemein als zentral für die Identitätsbildung, da sie die Selbstwahrnehmung als Person prägen und einen Menschen im sozialen und politischen Kontext positionieren. Jede Person hat ein Recht auf Anerkennung und Respektierung des selbst gewählten Geschlechts und der Geschlechtsidentität.¹⁰⁸ Dies beinhaltet auch das Recht auf eine offene Zukunft bezüglich der Geschlechtsentwicklung.¹⁰⁹

Intersexualität ist keine **Behinderung**, vielmehr werden viele intersexuelle Menschen erst infolge ihrer medizinischen Behandlungen zu Behinderten. Die medizinische Pathologisierung ihrer Körper allerdings kann als Konstruktion einer Behinderung begriffen werden. Hiermit ist auch die Feststellung eines schlechteren **Gesundheitsstatus** verbunden. Auf der Grundlage dieser Diagnosen müssen intersexuelle Menschen medizinische ‚Behandlungen‘ über sich ergehen lassen, die zu großen Schmerzen und Leiden führen.

Wie erwähnt, gehen viele Ärzte und Ärztinnen davon aus, die Misshandlungen seien notwendig, um eine *zukünftige* Diskriminierung der Kinder zu verhindern, deren Körper die gängigen Normen herausfordern. Jedoch ist eine böswillige Absicht nicht notwendig. Es genügt, dass die unmenschliche und erniedrigende Behandlung aus Gründen der Diskriminierung erfolgt, selbst wenn sie in vermeintlich guter Absicht geschieht.

Kinder finden sich im Verhältnis zu diesen Ärzten und Ärztinnen wieder in einer Position der **Machtlosigkeit**. Sie stehen unter deren vollkommener Kontrolle. Die Tatsache, dass in Deutschland die überwiegende Mehrzahl der Kinder in Krankenhäusern geboren wird (2009: 96,7 %) ¹¹⁰ trägt auch zu einer Situation der Machtlosigkeit der Eltern bei. Kurz nach der Geburt werden die Eltern von demselben medizinischen Personal, das ihnen zuvor während der Geburt helfend zur Seite stand, konfrontiert mit einer vermeintlichen Notwendigkeit schnellen medizinischen Eingreifens. Es werden Szenarien von sozialer Ausgrenzung und Krebs entworfen, mit denen sie zu Entscheidungen gedrängt werden, die ihr Kind das gesamte Leben über prägen werden, und dies zumeist ohne ausreichende Informationen und Aufklärung. Dies zeigt sich etwa in den Fällen Nr. 4 und 5.

¹⁰⁷ Sifris (Fn. 66), S. 529-531.

¹⁰⁸ Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity (2007); <http://www.yogyakartaprinciples.org>.

¹⁰⁹ Für das Recht auf eine offene Zukunft: Matt (2006), Das Recht auf eine offene Zukunft, Juridikum 3/2006, 144-146; Vöneky/Wilms (2011), Rechtliche rechtsethische Aspekte des Umgangs mit Intersexualität, S. 5.

¹¹⁰ Im Jahr 2009 wurden 96,7 % aller Kinder in Krankenhäusern geboren: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, vgl.: <http://www.gbe-bund.de/>.

4. Staatliche Beteiligung

Der Ausschuss betont, dass das Folterverbot in sämtlichen Institutionen umgesetzt werden muss, auch in den Krankenhäusern, in welchen Kinder behandelt werden.¹¹¹ Der Sonderberichtersteller für Folter stellte klar, dass die Pflicht zur Verhinderung von Folter sich auch auf „Ärzte, medizinisches Fachpersonal und Sozialarbeiter, einschließlich Personen, die in privaten Krankenhäusern, anderen Institutionen oder Gewahrsamseinrichtungen tätig sind,“ erstreckt.¹¹² Die unmenschliche und erniedrigende medizinische Behandlung von Intersexuellen ist dem deutschen Staat zuzurechnen, da sie unmittelbar durch oder auf Veranlassung oder mit Kenntnis von Personen durchgeführt werden, die in einer amtlichen Eigenschaft handeln, entweder vermittelt durch die Mitwirkung staatlicher Krankenhäuser und Versicherungen oder durch das Unterlassen des Staates, mit der nötigen Sorgfalt (*due diligence*) die ihm obliegende Schutzpflicht vor Folter gegenüber diesen Menschen zu erfüllen.

a. Staatliche Krankenhäuser und Versicherungsunternehmen

In Deutschland werden 96 % aller Kinder in Krankenhäusern geboren.¹¹³ In den Fällen Nr. 1, 2, 4 und 5 wurden die Betroffenen in staatlichen Krankenhäusern behandelt, Fall Nr. 3 betrifft ein Privatkrankenhaus. **Vom Staat betriebene Krankenhäuser** existieren sowohl in öffentlich- als auch in privatrechtlicher Form, und sowohl auf Bundes- als auch auf Kommunalebene oder als Universitätskliniken. Unabhängig von ihrer jeweiligen rechtlichen Ausformung können sie als staatliche Institutionen angesehen werden, die eine Haftung des Staates begründen.¹¹⁴ Die Ärzte und Ärztinnen, die in diesen Krankenhäusern Operationen durchführen, sind mithin **öffentlich bedienstetes medizinisches Fachpersonal**, und handeln „in amtlicher Eigenschaft“. Dies wurde vom CEDAW-Ausschuss im Fall *Andrea Szijarto* bestätigt, in welchem es um die Sterilisierung einer Roma durch medizinisches Personal eines staatlichen Krankenhauses ohne ihre Einwilligung ging.¹¹⁵

In Deutschland ist jede und jeder gesetzlich verpflichtet, Mitglied einer gesetzlichen oder einer privaten Versicherung zu werden.¹¹⁶ Im Jahr 2010 waren ca. 90 % aller in Deutschland Mitglieder einer **gesetzlichen Krankenversicherung**.¹¹⁷ So betreffen auch die Fallstudien Nr. 2, 4 und 5 öffentliche Krankenversicherungen. Die gesetzlichen Krankenversicherungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie bezahlen für in Kliniken vorgenommene Behandlungen, sofern sie medizinisch indiziert sind. Kosten für ästhetische Operationen werden demgegenüber nicht übernommen, teilweise auch nicht die Kosten, die in diesem Zusammenhang entstehen, etwa wenn Komplikationen auftreten. Die Operationen, die an intersexuellen Kindern vorgenommen werden, werden dagegen als dringend und medizinisch notwendig eingestuft. So entsteht die Situation, dass eine Krankenversicherung, die an sich die Kosten für nicht notwendige (wie etwa ästhetische) Operationen nicht bezahlen würde, die Kosten für die Operationen an intersexuellen Kindern übernimmt. Diese Übernahme der Kosten beinhaltet ein Einverständnis in die Vornahme solcher Operationen.

Der deutsche Staat ist somit direkt verantwortlich für die medizinisch nicht notwendigen Misshandlungen, die in öffentlichen Krankenhäusern an intersexuellen Kindern vorgenommen und von gesetzlichen Krankenversicherungen bezahlt werden und kommt seiner Pflicht nicht nach, intersexuelle Menschen vor großem Leiden zu schützen. Dabei scheint der

¹¹¹ CAT, Allgemeine Bemerkung Nr. 2 (2007), CAT/C/GC/2, Rn. 15.

¹¹² Zwischenbericht des Sonderberichterstatters für Folter, UN Doc. A/63/175, Rn. 51, Bezug nehmend auf CAT, Allgemeine Bemerkung Nr. 2 (2008), Rn. 17. S.a. A/HRC/7/3, Rn. 31.

¹¹³ Siehe oben, Fn. 109.

¹¹⁴ Burgers/Danielius (1988), The UN Convention against Torture, S. 120.

¹¹⁵ CEDAW, *Andrea Szijarto vs. Hungary*, Communication Nr. 4/2004, UN Doc. A/61/38, 14. Aug. 2006.

¹¹⁶ § 5 Sozialgesetzbuch V, § 193 III Versicherungsvertragsgesetz.

¹¹⁷ Vgl. www.gkv-spitzenverband.de (zuletzt eingesehen am 7. März 2010).

deutsche Staat seiner Pflicht aus Art. 10 CAT nicht ausreichend gerecht zu werden, sein medizinisches Fachpersonal über das Folterverbot zu unterrichten und aufzuklären.

b. Staatliche Zustimmung oder Duldung von Misshandlungen durch Private

Der Sonderberichterstatter stellt klar, dass das Konzept der Zustimmung oder Duldung staatliche Verantwortung in die Sphäre privaten Handelns erweitert; es umfasse auch das Scheitern des Staates, Personen davor zu bewahren, unter seiner Hoheitsgewalt durch Private gefoltert oder misshandelt zu werden.¹¹⁸ Der EGMR stützt diese Auffassung.¹¹⁹ Der Ausschuss hat diese Schutzpflicht insbesondere im Hinblick auf *Minderheitengruppen*¹²⁰ und in Bezug auf *geschlechtsspezifische Gewalt*¹²¹ betont. Ein Staat, der nicht die nötige Sorgfalt aufwendet, um Folter und Misshandlungen zu unterbinden, zu bestrafen und Rechtsmittel zur Verfügung zu stellen, schafft ein Klima der Straflosigkeit und der De-facto-Zustimmung.¹²² Im Fall von FGM – einem Eingriff, der den Genitaloperationen an Intersexuellen nicht unähnlich ist – stellte der Sonderberichterstatter ausdrücklich fest, dass der Staat vermittelt über seine De-facto-Zustimmung verantwortlich sei, wenn FGM in privaten Krankenhäusern durchgeführt werde und die jeweiligen Ärzte und Ärztinnen nicht zur Rechenschaft gezogen würden.¹²³

Werden Misshandlungen **in privaten Krankenhäusern vorgenommen oder von privaten Krankenversicherungen bezahlt**, verletzt der deutsche Staat gegenüber Intersexuellen seine Pflicht, Folter zu verhindern, zu bestrafen und Rechtsmittel zur Verfügung zu stellen. Die Fallstudien Nr. 1 und 3 betreffen solche privaten Versicherungsleistungen.

Die deutsche Regierung (und die deutschen Gerichte) haben Kenntnis von den Operationen, die an intersexuellen Körpern vorgenommen werden und von den Schmerzen, die daraus entstehen, nicht nur aufgrund der vorhergehenden Parallelberichte (etwa zum CEDAW-Ausschuss) sondern auch durch individuelle Klagen bis in die höchsten Instanzen. Die Situation intersexueller Menschen war bereits 1996 Gegenstand parlamentarischer Stellungnahmen.¹²⁴ In den Jahren 2001 und 2007 wurde auch das Thema der Folter angesprochen.¹²⁵ Am 23. Juni 2010 führte der Deutsche Ethikrat eine offizielle Anhörung zu Intersexualität und zu den Auswirkungen für betroffene Individuen durch („Leben zwischen den Geschlechtern“). Im Januar 2011 betonte das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil zum Sterilisierungs- und Genitaloperationserfordernis für Transsexuelle – Eingriffe, die denjenigen sehr ähnlich sind, die Intersexuelle über sich ergehen lassen müssen – ausdrücklich die Intensität dieser operativen Eingriffe und berief sich hierfür auf ein Buch über die medizinische Behandlung transsexueller und intersexueller Menschen.¹²⁶ Dennoch verweigert der deutsche Staat weiterhin intersexuellen Menschen effektiven Schutz vor Misshandlungen durch Private.

Es genügt deshalb nicht, dass die in diesem Bericht aufgeführten medizinischen ‚Behandlungen‘ zuweilen als Verstoß gegen deutsches Recht, etwa gegen das Kastrationsgesetz (KastrG) oder gegen das im BGB konkretisierte Recht auf elterliche Sorge eingeordnet werden (vgl.

¹¹⁸ Bericht des Sonderberichterstatters für Folter, UN Doc. A/HRC/7/3, Rn. 31.

¹¹⁹ EGMR, *Z. u.a./Vereinigtes Königreich*, Urt. v. 10. März 2001, Rn. 73, unter Berufung auf *Osman/Vereinigtes Königreich*, Urt. v. 28. Okt. 1998, Rep. 1998-VIII, S. 3159-60, § 116: Staaten müssen geeignete Maßnahmen ergreifen, um sicherzustellen, dass die ihrer Hoheitsgewalt unterworfenen Individuen keiner Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung durch Privatpersonen unterworfen werden.

¹²⁰ CAT, Allgemeine Bemerkung Nr. 2 (2007), CAT/C/GC/2, Rn. 21 (Herv. d. Verf.).

¹²¹ Ebd., Rn. 18.

¹²² Ebd.

¹²³ Bericht des Sonderberichterstatters für Folter, UN Doc. A/HRC/7/3, 15. Jan. 2008, Rn. 53.

¹²⁴ Kleine Anfrage der PDS vom 30. Sept. 1996: „Genitalanpassungen in der Bundesrepublik Deutschland“, BT-Drs. 13/5757, Antwort vom 29. Okt. 1996, BT-Drs. 13/5916; siehe Plett (2010), Begrenzte Toleranz des Rechts gegenüber individueller sexueller Identität, in: Duttge et al. (Hg.), S. 53-67 (65).

¹²⁵ Stellungnahmen in Reaktion auf parlamentarische Anfragen, veröffentlicht als BT-Drs. 14/5627 und 16/4322.

¹²⁶ BVerfG, Beschluss v. 11. Jan. 2011 – 1 BvR 3295/07, unter Berufung auf Sohn/Schäfer, in: Groß/Neuschaefer-Grube/Steinmetzer (2008), Transsexualität und Intersexualität, S. 135.

oben C.IV.2.). Es genügt eben so wenig, dass es manchen Personen gelingt, ihre Rechte vor deutschen Gerichten durchzusetzen und Schadensersatzansprüche zu erstreiten, wie etwa *Christiane V.* (s. Fallstudie).¹²⁷ Trotz des Wissens um die Durchführung dieser Operationen hat der deutsche Staat bis heute noch keine effektiven Maßnahmen ergriffen, um Ärzte und Ärztinnen davon abzuhalten, diese Operationen weiter durchzuführen.

5. Gesetzlich zulässige Sanktion

Die an intersexuellen Kindern oder Erwachsenen vorgenommenen Operationen stellen keine Sanktion dar und fallen somit nicht unter die Ausnahmeregelung.

II. Die medizinische Behandlung intersexueller Menschen in Deutschland als grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung

Art. 16 CAT verpflichtet die Vertragsstaaten dazu,

„andere Handlungen zu verhindern, die eine grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe darstellen, ohne der Folter im Sinne des Artikels 1 gleichzukommen, wenn diese Handlungen von einem Angehörigen des öffentlichen Dienstes oder einer anderen in amtlicher Eigenschaft handelnden Person, auf deren Veranlassung oder mit deren ausdrücklichem oder stillschweigendem Einverständnis begangen werden.“

Handlungen, die keine Folter darstellen, können somit als grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe verboten sein. Dies ist der Fall, wenn eine Handlung eine bestimmte Schwelle der Intensität nicht überschreitet oder wenn das Leiden nicht vorsätzlich, sondern aus Fahrlässigkeit heraus zugefügt wurde (oben D.I.).¹²⁸

Selbst wenn die medizinischen Behandlungen intersexueller Menschen wegen mangelnder **Intensität** des Leidens nicht als Folter iSd Art. 1 CAT eingestuft würden, so ist jedenfalls die für das Vorliegen einer unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlung erforderliche Schwelle überschritten. Und sollte der Vorsatz damit bestritten werden, dass für das Operationspersonal, für die Versicherungsunternehmen und für den Staat das Leiden nicht vorhersehbar sei, so genügt für Art. 16 CAT bereits **Fahrlässigkeit**. Was die **staatliche Beteiligung** und die nötige Sorgfalt (*due diligence*) anbelangt, so findet das oben zur Folter Ausgeführte entsprechende Anwendung. Das Vorliegen einer diskriminierenden Absicht oder eines anderen Grundes i.S.d. Art. 1 CAT ist im Rahmen des Art. 16 CAT nicht notwendig.

Somit stellen also die medizinischen Behandlungen, denen intersexuelle Menschen ausgesetzt werden, zumindest grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlungen dar, die wie Folter in absoluter und nicht derogierbarer Weise durch das Übereinkommen gegen Folter verboten sind.

III. Hindernisse für Wiedergutmachung, gerechte und angemessene Entschädigung

Artikel 12 und 13 CAT verpflichten die Vertragsstaaten, Sorge dafür zu tragen, dass eine unparteiische Untersuchung durchgeführt wird, wenn jemand vorträgt, Opfer von Folter oder von unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung geworden zu sein (Art. 16 CAT). Art. 14 CAT verlangt die Schaffung eines einklagbaren Rechts auf gerechte und angemessene Entschädigung einschließlich der Mittel für eine möglichst vollständige Rehabilitation. Dennoch sehen sich viele Patienten und Patientinnen zahlreichen Hindernissen gegenüber, wenn sie diese Rechte wahrnehmen möchten.

Die **gesetzliche Verjährungsfrist für Schadensersatzansprüche** wurde im Jahr 2002 von dreißig auf drei Jahre verkürzt und beginnt nunmehr mit der Entstehung des Anspruchs *und*

¹²⁷ OLG Köln, Beschluss v. 3. Sept. 2008 – 5 U 51/08, MedR 2009, 343.

¹²⁸ Zwischenbericht des Sonderberichterstatters für Folter, UN Doc. A/63/175, 28. Juli 2008, Rn. 59.

der Kenntnis der den Anspruch begründenden Umstände und der Person des Schuldners.¹²⁹ Viele intersexuelle Menschen erfahren jedoch **erst zu einem viel späteren Zeitpunkt ihres Lebens** von ihrer **Krankengeschichte**, manchmal weil ihre Menstruation nicht eintritt oder einfach durch Zufall anlässlich anderweitiger medizinischer Behandlungen. Für Betroffene, die als Kinder medizinisch missbraucht wurden, ist es außerordentlich schwierig, rechtzeitig Schadensersatzansprüche geltend zu machen oder Strafanzeige zu stellen, insbesondere dann, wenn Ärzte und Ärztinnen John Money's Theorie anhängen, der zufolge eine ‚gesunde‘ geschlechtliche Entwicklung nur stattfinden könne, wenn die Behandelten niemals von den Operationen erfahren. Darüber hinaus ist die Beweisführung regelmäßig äußerst schwierig, da **viele Krankenhäuser die Einsicht in die Patientenakten verweigern**, sogar gegenüber den Betroffenen selbst.¹³⁰ Im bekannten Fall *Christiane V.* (s. Fallstudie), in dem der Betroffenen ohne medizinische Notwendigkeit im Jahr 1977 die Gebärmutter und die Eierstöcke entfernt worden waren, konnte selbst die ‚alte‘ Verjährungsfrist von dreißig Jahren nur knapp eingehalten werden.¹³¹ Die Verjährungsfrist von drei Jahren stellt unter diesen Umständen ein Hindernis für die Rechtsdurchsetzung dar. Was die strafrechtliche Verfolgung anbelangt, so ruht die Verjährung nunmehr bis das Kind das achtzehnte Lebensjahr vollendet hat.¹³²

Hinzu kommt, dass intersexuelle Menschen gravierende Probleme dabei haben, **Ansprüche wegen Invalidität oder Behinderung** zugesprochen zu bekommen, die regelmäßig vom Grad der Behinderung abhängen. Viele Gesundheitsstörungen, die durch paradoxe Hormontherapien entstehen, werden systematisch bei der Einordnung ignoriert. Die Verordnung zur Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes¹³³ diskriminiert ebenfalls aufgrund des Geschlechts, indem die Beeinträchtigungen infolge einer Kastration bei Frauen im Vergleich zu Männern als weniger gravierend eingestuft werden. Diese Einstufung basiert auf dem zugeordneten Geschlecht – für gewöhnlich dem weiblichen – und nicht auf den Chromosomen oder der Geschlechtsidentität der Person. *Intersexuelle Menschen e.V.* hat zahlreiche Menschen dabei unterstützt, ihre Rechte durchzusetzen, auch unter dem **Opferentschädigungsgesetz** (OEG) – bisher ohne Erfolg.

Diese Situation widerspricht den Verpflichtungen Deutschlands aus den Artikeln 12-14 CAT.

E. Ergebnis: Deutschland verletzt seine CAT-Verpflichtungen gegenüber Intersexuellen

Die Behandlungsmethoden, denen intersexuelle Menschen in Deutschland ausgesetzt sind, führen zu schweren seelischen und physischen Leiden. Ärzte und Ärztinnen führen diese Behandlungen mit dem diskriminierenden Zweck durch, ein Kind in das binäre Geschlechtersystem einzupassen, trotz umfangreicher Belege für das dadurch erzeugte

¹²⁹ § 195 BGB: die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre; § 199 I BGB: die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist *und* der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste; § 199 II BGB: Schadensersatzansprüche, die auf der Verletzung des Körpers oder der Gesundheit beruhen, verjähren in 30 Jahren von der Begehung der Handlung, der Pflichtverletzung oder dem sonstigen, den Schaden auslösenden Ereignis an.

¹³⁰ Süddeutsche Zeitung v. 25. Juni 2011, <http://www.sueddeutsche.de/wissen/aerzte-verweigern-einsicht-in-krankenakte-heiler-und-heimlichtuer-1.1112243> (zuletzt eingesehen am 2. Juli 2011).

¹³¹ OLG Köln (Fn. 127). Es wurden 100.000 € an Schadensersatz zugesprochen. Da die Verletzung vor der Reform begangen wurde, fanden noch die alten Verjährungsregeln Anwendung.

¹³² § 78b StGB legt fest, dass die Verjährung etwa in Fällen von sexuellem Missbrauch von Schutzbefohlenen ruht, bis das Opfer das achzehnte Lebensjahr vollendet hat. Ein besonderes Schutzverhältnis liegt etwa zwischen Eltern und Kindern oder Arzt/Ärztin und minderjährigen Behandelten vor. Diese Vorschrift wurde insbesondere zum Schutz vor FGM eingeführt.

¹³³ Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV).

Leiden. Der deutsche Staat ist für diese Folterhandlungen durch staatlich bezahlte Ärzte und Ärztinnen mit Unterstützung gesetzlicher Krankenkassen verantwortlich. Obwohl diese Behandlungsweise allgemein bekannt ist, unterlässt es der deutsche Staat, diese Handlungen in öffentlichen oder privaten Einrichtungen zu unterbinden.

Deutschland verletzt dadurch seine Pflicht, **Folterhandlungen** durch legislative, administrative, justizielle oder andere Maßnahmen **zu verhindern** (Art. 2 CAT). Zudem ist die Pflicht zur Verhinderung von **anderen Formen grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung** verletzt (Art. 16 CAT).

Offenbar sind auch die deutschen Bemühungen zur **Fortbildung und Information medizinischen Personals über das Folterverbot** in schwerwiegender Weise unzureichend, was die Behandlung intersexueller Menschen betrifft (Art. 10 CAT).

Obwohl Folter in Deutschland strafbar ist, wenn auch nicht eigenständig geregelt (Art. 4 CAT), bestehen für Folteropfer gravierende Hindernisse bei der Verfolgung ihres **Rechts auf eine unparteiische Untersuchung** (Art. 12, 13 CAT) und auf **Wiedergutmachung, gerechte und angemessene Entschädigung einschließlich der Mittel für eine möglichst vollständige Rehabilitation** (Art. 14 CAT).

F. Empfehlungen

Die Berichterstattenden regen an, dass das Komitee der deutschen Regierung die folgenden Maßnahmen im Hinblick auf die Behandlung intersexueller Menschen empfiehlt:

1. Folter, grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlung verhindern (Art. 1, 2, 16 CAT):

- a. **Beendigung aller Gonadektomien an Kindern** außer in Fällen eines medizinisch nachgewiesenen medizinischen Notfall, sowohl in staatlichen als auch in privaten Institutionen.
- b. **Beendigung jeglicher kosmetischer Operationen an den Genitalien von Kindern**, sowohl in staatlichen als auch in privaten Institutionen.
- c. **Sicherstellung aufklärungsbasierter Einwilligung** von Eltern, jungen und erwachsenen Betroffenen, sowohl in staatlichen als auch in privaten Institutionen: Vollständige Information, mündlich und schriftlich, über die Quantität und Qualität der Forschung die die Behandlung empfiehlt; über die Behandlungsalternativen, einschließlich der Nichtbehandlung, und ihre zu erwartenden Folgen; über erforderliche Folgebehandlungen wie Hormoersatztherapie für Gonadektomie oder Dilatation für Vaginal-OPs, einschließlich der physiologischen und psychologischen Nebenwirkungen und Langzeitwirkungen; über die Rechtslage in Bezug auf elterliche Einwilligung einschließlich des Rechtes des Kindes auf eine offene Zukunft; über die Existenz von Selbsthilfegruppen.
- d. **Vermeidung von Situationen der Machtlosigkeit** in Krankenhäusern, staatlichen wie privaten: Sicherstellung dass den Eltern bewusst ist, dass kein Entscheidungsdruck besteht außer in echten medizinischen Notfällen; Ermöglichung der Gewöhnung der Eltern an die Besonderheiten ihres Kindes; Bereitstellung finanzieller und struktureller Unterstützung für Selbsthilfegruppen Intersexueller und aufsuchende Elternarbeit in Krankenhäusern.

2. Sicherstellen, dass Fortbildung und Information über das Folterverbot umfassend in der Ausbildung medizinischen Personals berücksichtigt werden (Art. 10 CAT):

- a. Einbeziehung **spezifischer Ausbildung** medizinischen Personals zu Intersexualität in allen medizinischen Disziplinen.
- b. Sicherstellung dass **sämtliches medizinisches Personal sich bewusst ist, dass nicht-indizierte Gonadektomie und feminisierende Operationen Folter und grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung darstellen** und strafbar sind.

3. Sicherstellen dass jeder intersexuelle Mensch, der sich als Folteropfer sieht, das Recht auf Beschwerde bei den zuständigen deutschen Behörden und das Recht auf unverzügliche und unparteiische Untersuchung hat (Art. 13 CAT) und

im Rechtssystem sicherstellen dass ein intersexuelles Folteropfer Wiedergutmachung erhält und ein durchsetzbares Recht auf gerechte und angemessene Entschädigung, einschließlich der Mittel für eine möglichst vollständige Rehabilitation (Art. 14 CAT):

- a. Sicherstellung des individuellen **umfassenden Zugangs zur gesamten eigenen Krankenakte** in der Praxis.
- b. Prüfung der spezifischen Probleme Intersexueller bei der Rechtsverfolgung im Hinblick auf **Verjährungsfristen**.

- c. Einrichtung eines **Hilfs- und Wiedergutmachungsfonds** für Betroffene, Zugang zum OEG.
- d. Bereitstellung spezifischer **Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen** sowie **erhöhte Rentenansprüche** für Intersexuelle, deren berufliche Laufbahn durch Traumatisierung und Nebenwirkungen von Hormonbehandlungen beeinträchtigt wurde.
- e. **Zugang zu Medizinprodukten ohne Diskriminierung**, einschließlich von Hormonersatzprodukten im Einklang mit der Geschlechtsidentität der intersexuellen Person.
- f. Einrichtung eines **adäquaten gesonderten Index für die Feststellung des Grads der Behinderung** aufgrund von Behandlung, Nichtbehandlung und Fehlbehandlung Intersexueller.

Bibliographie

Literatur

- Association for the Prevention of Torture (2001), The Definition of Torture: Proceedings of an Expert Seminar
- Blackless et al. (2000), How sexually dimorphic are we? Review and synthesis, *Am. J. of Human Biology* 12:151-166
- Boulesbaa (1999), The U.N. Convention on Torture and the Prospects for Enforcement
- Brinkmann et al. (2007), Behandlungserfahrungen von Menschen mit Intersexualität – Ergebnisse der Hamburger Intersex-Studie, *Gynäkologische Endokrinologie* 4 2007, 241
- Brinkmann et al. (2007), Geschlechtsidentität und psychische Belastung von erwachsenen Personen mit Intersexualität, *ZfS* 2007, 140
- Brinkmann (2007), Behandlungserfahrungen und Behandlungszufriedenheit von erwachsenen Menschen mit verschiedenen Formen der Intersexualität, Dissertation am Fachbereich für Psychologie, Universität Hamburg
- Burgers/Danelius (1988), The UN Convention against Torture: A Handbook
- Chase (1998), Surgical progress is not the answer to intersexuality, *J. Clin. Ethics* 398
- Cools et al. (2006), Germ Cell Tumors in the Intersex Gonad: Old Paths, New Directions, Moving Frontiers, *Endocrine Rev.* 27(5):468–484, abrufbar unter <http://edrv.endojournals.org/cgi/content/full/27/5/468>
- Copelon (1994), Recognizing the Egregious in the Everyday: Domestic Violence as Torture, *Col. HR L.R.* 25:291-368
- Crouch, et al. (2004), Genital sensation after feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia: a pilot study, *BJU Int.* 93:135-138
- Diamond/Beh (2000), An emerging ethical and medical dilemma: Should physicians perform sex assignment surgery on infants with ambiguous genitalia?, *Mich. J. of Gender & L.*, vol. 7(1):1-63
- Fausto-Sterling (1993), The five sexes: Why male and female are not enough, *The Sciences* 33:20-25
- Fausto-Sterling (2000), *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*
- Harper (2007), *Intersex*
- Heldmann (1998), Jenseits von Frau und Mann: Intersexualität als Negation der Zweigeschlechtlichkeit, in: Hauser-Schäublin (ed.), *Differenz und Geschlecht: Neue Ansätze in der ethnologischen Forschung*, S. 54-77
- Hiort (2007), Störungen der Geschlechtsentwicklung: Konsequenzen der neuen Nomenklatur und Klassifikation, *Zeitschr. f. Sexualforschung* 20: 99-106
- Hiort et al. (1999), Androgenresistenzsyndrome – Klinische und molekulare Grundlagen: Schlusswort, *Deutsches Ärzteblatt* 96(27): A-1846/B-1586/C-1470
- Kessler (2002), *Lessons from the Intersexed*
- Kolbe (2010), *Intersexualität, Zweigeschlechtlichkeit und Verfassungsrecht, Eine interdisziplinäre Untersuchung*

- Looijenga et al. (2007): Tumor risk in disorders of sexual development, *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21(3):480–495, abrufbar unter <http://edrv.endojournals.org/cgi/content/full/27/5/468>
- Matt (2006), Das Recht auf eine offene Zukunft: Überlegungen zur medizinischen Normalisierung intersexueller Kinder, *Juridikum* 3/2006, 144-146; abrufbar unter http://www.juridikum.at/fileadmin/user_upload/ausgaben/juridikum%203-2006.pdf
- Maunz/Dürig (2011), *Grundgesetz. Kommentar*
- Nowak/McArthur (2008), *Convention against Torture*
- Plattner (2008), Erfahrungen der Mutter eines intersexuellen Kindes, in: Groneberg/ Zehnder (Hg.), *Intersex. Geschlechtsanpassung zum Wohl des Kindes*, S. 13-17
- Plett (2010), Begrenzte Toleranz des Rechts gegenüber individueller sexueller Identität, in: Duttge et al. (Hg.), *Sexuelle Identität und gesellschaftliche Norm*, S. 53-67
- Plett (2003), Intersexuelle – gefangen zwischen Recht und Medizin, in: Koha/Pühl (Hg.), *Gewalt und Geschlecht: Konstruktion, Position, Praxen*, S. 21-41
- Preves (2003), *Intersex and Identity: The Contested Self*
- Rauchfleisch (2006), *Transsexualität – Transidentität: Begutachtung, Begleitung, Therapie*
- Richter-Appelt (2007), *Intersexualität – Störungen der Geschlechtsentwicklung*, Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50:52-61
- Richter-Appelt (2008), Medizinische und psychosoziale Aspekte bei Erwachsenen mit Intersexualität, in: Groneberg/ Zehnder (Hg.), „Intersex“, *Geschlechtsanpassung zum Wohl des Kindes?*, 53-81
- Roxin (2010), *Handbuch des Medizinstrafrechts*
- Schützmann et al. (2009), Psychological distress, suicidal tendencies, and self-harming behaviour in adult persons with different forms of intersexuality, *Arch Sex Behav.* 2009 Feb;38(1):16-33
- Sifris (2010), Conceptualising involuntary sterilisation as ‘severe pain or suffering’ for the purposes of torture discourse, *Neth. Qu. HR* 28(4), 523-547
- Sohn/Schäfer, in: Groß/Neuschaefer-Grube/ Steinmetzer (2008), *Transsexualität und Intersexualität*
- Stark (2006), Authenticity and Intersexuality, in: Sytsma (ed.), *Ethics and Intersex*, S. 271-292
- Thyen et al. (2006), Epidemiology and initial management of ambiguous genitalia at birth in Germany, *Horm. Res.* 66:195-203
- Verein intersexueller Menschen e.V. (2010), Parallelbericht zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Internationalen Pakt der Vereinten Nationen über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR), abrufbar unter <http://intersex.schattenbericht.org/>
- Verein intersexueller 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), abrufbar unter <http://intersex.schattenbericht.org/>

Vöneky/Wilms (2011), Rechtliche rechtsethische Aspekte des Umgangs mit Intersexualität, Informationspapiere der Max-Planck-Forschungsgruppe "Demokratische Legitimation ethischer Entscheidungen" 5/2011

Urteile und Entscheidungen

3rd Cir. Court of Appeal, *Zubeda v. Ashcroft*, 333 F.3d 463 (3rd Cir 2003)
BVerfG, Beschluss v. 11. Jan. 2011 – 1 BvR 3295/07, NJW 2011, 909; BGBl 2011, 224
BGH, Urt. v. 14. März 2006 – VI ZR 279/04, NJW 2006, 2108
BGH, Urt. v. 6. Nov. 1990 – VI ZR 8/90, MedR 1991, 85-86
CAT, *C.T. and K.M. v. Sweden*, CAT/C/37/D/279/2005, 17. Nov. 2006
CAT, *V.L. v. Switzerland*, CAT/C/37/D/262/2005, 20. Nov. 2006
CAT, *X, Y, Z v. Sweden*, No. 61/1996, 06. May 1998
CAT, *T.A. v. Sweden*, CAT/C/34/D/226/2003, 27. May 2005
CAT, *Mrs. Pauline Muzonzo Paku Kisoki v. Sweden*, CAT/C/16/D/41/1996, 08. May 1996
CEDAW, *Andrea Szijjarto vs. Hungary*, Communication No. 4/2004, UN Doc. A/61/38, 14. Aug. 2006
EKMR, *Greek case*, Bericht vom 15. Nov. 1969, Yearbook XII (1969), S. 461
EGMR, *Aydin/Türkei*, Beschwerde Nr. 57/1996/676/866, Urt. v. 25. Sept. 1997
EGMR, *Irland/Vereinigtes Königreich*, (1978) 2 EHRR 25
EGMR, *Z. u.a./Vereinigtes Königreich*, Beschwerde Nr. 29392/95, Urt. v. 10. März 2001
EGMR, *Osman/Vereinigtes Königreich*, Urt. v. 28. Okt. 1998, Rep. 1998-VIII, S. 3159-60
IAGMR, *Miguel Castro-Castro Prison v. Peru*, Urt. v. 25. Nov. 2006
IAKMR, *Raquel Martí de Mejía v. Perú*, Case 10.970, Report No. 5/96, OEA/Ser.L/V/II.91 Doc. 7 at 157 (1996), 1. März 1996
IACHR, *Dianna Ortiz v. Guatemala*, Case 10.526, Report No. 31/96, OEA/Ser.L/V/II.95 Doc. 7 rev. at 332 (1997), 16. Okt. 1996
ICTY, *Prosecutor v. Anto Furundzija* (Trial Judgment), IT-95-17/1-T, 10.12.1998
ICTY, *Prosecutor v. Zdravko Mucic aka "Pavo", Hazim Delic, Esad Landzo aka "Zenga", Zejnil Delalic* (Trial Judgment), IT-96-21-T, 16. Nov. 1998
ICTR, *Prosecutor v. Akayesu*, ICTR-96-4, 13. Feb. 1996, verändert 17. Juni 1997
ICTR, *The Prosecutor v. Jean-Paul Akayesu* (Trial Judgment), ICTR-96-4-T, 02.09.1998
OLG Köln, Beschluss v. 3. Sept. 2008 – 5 U 51/08, MedR 2009, 343
OLG Köln, Urteil v. 28. Sept. 1995 – 5 U 174/94, MedR 1996, 564
OLG Köln, Beschluss v. 30. Nov. 2009 – 16 Wx 94/09, StAZ 2010, 45

UN-Dokumente

CAT, Allgemeine Bemerkung Nr. 2 des Ausschusses gegen Folter über die Anwendung des Artikels 2 des Übereinkommens, CA/C/GC/2, 23. Nov. 2007
CAT, Abschließende Bemerkungen über den dritten periodischen Bericht Perus, UN Doc. CAT/C/PER/CO/4
Zwischenbericht des Sonderberichterstatters für Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafen, UN Doc. A/63/175, 28. Juli 2008
Bericht des Sonderberichterstatters für Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafen, UN Doc. A/HRC/7/3, 18. Jan. 2008
Bericht des Sonderberichterstatters für Folter – submitted pursuant to Commission on Human Rights resolution 1995/37: Question of the Human Rights of All Persons Subjected to any Form of Detention or Imprisonment, in particular: Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, UN Doc. E/CN. 4/1996/35, 9. Jan. 1996

Bericht des Sonderberichterstatters für Folter – submitted pursuant to Commission on Human Rights resolution 1992/32: Question of the Human Rights of All Persons Subjected to any Form of Detention or Imprisonment, in particular: Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, UN Doc. E/CN.4/1995/34, 12. Jan. 1995

Bericht des Sonderberichterstatters für Folter, UN Doc. E/CN.4/1992/SR.21, 21. Feb. 1992

CEDAW, Allgemeine Empfehlungen Nr. 19 (1992): Gewalt gegen Frauen, enth. in UN Doc. A/47/38

Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Yakin Ertürk: Intersections between culture and violence against women, UN Doc. A/HRC/4/34, 17 Jan 2007

Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Ms. Radhika Coomaraswamy, submitted in accordance with Commission on Human Rights resolution 2001/49: Cultural practices in the family that are violent towards women, UN Doc. E/CN.4/2002/83, 31 Jan 2002

CCPR, Allgemeine Erklärung Nr. 28 (2000) zu Artikel 3 (Gleichberechtigung zwischen Männern und Frauen), UN Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10

CCPR, Abschließende Bemerkungen über den vierten periodischen Bericht Japans, UN Doc. CCPR/C/79/ADD.102

CCPR, Abschließende Bemerkungen zu Mali, UN Doc. CCPR/CO/77/MLI

CCPR, Abschließende Bemerkungen über den vierten periodischen Bericht Perus, UN Doc. CCPR/CO/70/PER

CCPR, Abschließende Bemerkungen über den zweiten periodischen Bericht der Slowakei, UN Doc. CCPR/CO/78/SVK

CCPR, Abschließende Bemerkungen zu Schweden, UN Doc. CCPR/CO/74/SWE

CCPR, Abschließende Bemerkungen zu Uganda, UN Doc. CCPR/CO/80/UGA

CCPR, Abschließende Bemerkungen zu Jemen, UN Doc. CCPR/CO/84/YEM

Regierungsdokumente

Antwort des Hamburger Senats auf die Grosse Anfrage von DIE LINKE, Drs. 19/1993, 13. Feb. 2009

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Linken – Drucksache 16/4287 – „Situation Intersexueller in Deutschland“, 22. März 2007, BT-Drs. 16/4786

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Linken – Drucksache 16/4147 – „Rechtliche Situation Intersexueller in Deutschland“, 14. Feb. 2007, BT-Drs. 16/4322

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Christina Schenk und der Fraktion der PDS – Drucksache 14/5425 – „Intersexualität im Spannungsfeld zwischen tatsächlicher Existenz und rechtlicher Unmöglichkeit“, 20. März 2001, BT-Drs. 14/5627

Kleine Anfrage der PDS vom 30. Sept. 1996: „Genitalanpassungen in der Bundesrepublik Deutschland“, BT-Drs. 13/5757, Antwort vom 29. Okt. 1996, BT-Drs. 13/5916.

Websites

Verein intersexueller Menschen e.V., <http://www.intersexuelle-menschen.net/> (zuletzt besucht 25. Juni 2011)

Humboldt Law Clinic, <http://lawclinic.hu-berlin.de> (zuletzt besucht 18. Juli 2011)

Intersex Society of North America, <http://www.isna.org/> (zuletzt besucht 25. Juni 2011)

Organisation Intersex International, <http://www.intersexualite.org/> (zuletzt besucht 3. März 2011)

Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, <http://www.gbe-bund.de/>

Medizinische Dokumente und Leitlinien

Consensus on 'DSD', International conference of medical experts convened in Chicago in October 2005, abrufbar z.B. unter <http://adc.bmj.com/content/early/2010/06/08/adc.2009.163840.full.pdf> (zuletzt besucht 25. Juni 2011)

Leitlinien der Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ): Störungen der Geschlechtsentwicklung (No. 027/022, zuletzt geändert 10/2010), http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-022l_S1_Stoerungen_der_Geschlechtsentwicklung_2010-10.pdf (zuletzt besucht 25. Juni 2011)

World Medical Association, Declaration of Helsinki on ethical principles for medical research involving human subjects (1964, 6th rev. 2008)

Wortbeitrag Prof. Dr. Mau auf der Deutschen Ärztekonzferenz (2008), Wortprotokoll unter <http://www.bundesaerztekammer.de/arzt2008/media/wortbericht.pdf>

<http://www.faqs.org/health-encyc/Your-Body/The-Endocrine-Glands-The-gonads.html> (zuletzt besucht 9. März 2011)

http://surgery.med.umich.edu/pediatric/clinical/physician_content/a-m/ambiguous_genitalia.shtml, (zuletzt besucht 7. März 2010)

Andere Quellen

Joan Whelan, Vortrag auf dem Intersex Panel for Sex Week at the Robert Wood Johnson Medical School, Jan. 2002, abrufbar unter <http://www.isna.org/articles/whelan2002> (zuletzt besucht 17. Juli 2011)

Süddeutsche Zeitung v. 25. Juni 2011, <http://www.sueddeutsche.de/wissen/aerzte-verweigern-einsicht-in-krankenakte-heiler-und-heimlichtuer-1.1112243> (zuletzt besucht 2. Juli 2011)

Annex: Fallstudien

Die Fälle 1 bis 5 wurden mit Hilfe von Fragebögen im Sommer 2011 auf Grundlage einer Mitgliederumfrage im *Verein intersexueller Menschen e.V.* zusammengestellt, d.h. auf Grundlage der Berichte Betroffener oder ihrer Eltern. Zur Anonymisierung wurden die Fälle durchnummeriert. Die anderen Fälle – Christiane V. und M. Frances Maria K. – waren bereits in Form einer persönlichen Erzählung Teil der Parallelberichte des *Vereins* zur CEDAW (2008) und dem CESC (2010). Sie wurden zum Zwecke dieses Berichtes zusammengefasst. Die Identität aller betroffenen Personen ist dem *Verein* bekannt. Die Informationen sind in einem Schließfach hinterlegt.

Fall Nr. 1

Das im Jahre 2001 geborene intersexuelle Kind hat einen XY-Chromosomenstatus und ist als weiblich registriert. Weitere Diagnosen liegen nicht vor. Im Jahr 2007 wurden dem Kind die Gonaden entnommen, obwohl die Eltern nicht in eine Sterilisation eingewilligt hatten (Frauenklinik Heidelberg). Die Eltern berichten, dass sie ausschließlich in eine Anästhesie eingewilligt haben, nicht jedoch in die Gonadektomie. Vielmehr gingen sie von einem anderen Eingriff aus (Biopsie). Das privat krankenversicherte Kind leidet nunmehr an diversen Knochenbrüchen und Ausschlägen, wobei ein direkter Zusammenhang mit der Gonadektomie vermutet wird, aber bisher nicht bewiesen werden konnte. Jedenfalls leidet das Kind unter einer posttraumatischen Störung in Folge der Gonadektomie.

Fall Nr. 2

Bei der im Dezember 1994 geborenen Person wurde eine „testikuläre Feminisierung“ diagnostiziert, eine Variante des Körpers, die auch komplette Androgenresistenz (CAIS) genannt wird. Dabei reagieren die Körperzellen nicht auf das in den Hoden produzierte Testosteron, so dass das Testosteron die Entwicklung der Sexualorgane nicht beeinflusst und somit nicht „vermännlicht“. Das Kind wurde als weiblich registriert. Während die Eltern von vornherein über die Diagnose informiert waren, wurde das Kind erst durch die Eltern im Alter von 8 oder 9 Jahren aufgeklärt. Im November 1995 wurde eine Genitalhautbiopsie vorgenommen, sowie ein HCG-Test (humane Choriongonadotropin, ein Hormon, das während der Schwangerschaft produziert wird, aber auch Indikator für Tumore ist), eine molekular-genetische Untersuchung und eine Abdomensonographie. Die CAIS-Diagnose wurde bestätigt, Tumore wurden nicht gefunden. Im März 1996 wurden ohne Aufklärung der Eltern die Gonaden entfernt (Eberhard-Karls-Universität Tübingen), finanziert durch eine staatliche Krankenversicherung (Techniker Krankenkasse). Die Person ist nunmehr 16 Jahre alt und wird mit paradoxen, also nicht dem Chromosomenstatus entsprechenden Hormonen behandelt, die für Kinder und Jugendliche nicht zugelassen sind. Sie berichtet über schlechte Blutwerte und zeigt alle körperlichen Beschwerden einer kastrierten Person, einschließlich einer Anämie. Sie bedauert die Gonadektomie ausdrücklich.

Fall Nr. 3

Das im Juli 2007 geborene Kind wurde mit intersexuellem Genital geboren. Zunächst vermutete man ein adrenogenitales Syndrom (AGS/CAH). Bei dieser Variante wird ein besonders viel Testosteron anstelle von Aldosteron and Cortisol produziert, so dass ein uneindeutiges äußeres Genital entsteht, und vor allem ein hochproblematischer Salzverlust. Auf Grundlage dieser Diagnose wurde das Kind als weiblich registriert und bekam einen weiblichen Vornamen. Es stellte sich dann heraus, dass das Kind einen XY- Chromosomen und Hoden hatte, wobei die Hoden nicht in den Hodensack gewandert waren. Das Kind wurde nunmehr mit Hermaphroditismus/ DSD mit unklarem Syndrom diagnostiziert. Die Eltern änderten die Geschlechtseintragung, das Kind bekam einen männlichen Vornamen. Von den

Ärzten des Klinikum Essen wurden die Eltern an das Krankenhaus Maria Hilf Krefeld (betrieben von der Alexianer Krefeld GmbH) überwiesen, um dort einen Spezialisten zu konsultieren. Der behandelnde Arzt führte ein allgemeines Aufklärungsgespräch durch und schlugen eine Orchidopexie vor, die operative Befestigung der noch im Bauch gelegenen Hoden im Hodensack, um sie vor der erhöhten inneren Körperwärme zu schützen. Er schlug ebenso eine Penisbegradigung vor. Die Eltern entschieden sich für die Orchidopexie, verweigerten jedoch die Einwilligung in die kosmetische Operation zur Peniskorrektur, da sie ihr Kind vor unnötigen Schmerz bewahren wollten und sich in dieser Frage nicht einig waren.

Im Juli 2009 wurde das nunmehr 2-jährige Kind in Krefeld operiert. Statt der Orchidopexie wurde jedoch die Peniskorrektur vorgenommen, trotz der fehlenden Einwilligung. Die Chirurgin behauptete fälschlich die OP sei notwendig gewesen. Die Operation führte schweren Vereiterungen, eine Komplikation, die bei dieser Operation häufig vorkommt, wengleich die Chirurgin angab hiervon keine Kenntnis zu haben. Das Kind litt über mehrere Monate unter schweren Infektionen der Hoden und des Penis. Erst im Dezember 2009 konnten die Hoden ins Skrotum verlagert werden. Die auf der ersten Operation beruhenden Infektionen waren jedoch so schwer, dass im Februar 2010 der rechte Hoden aufgrund einer schwerwiegenden Entzündung komplett entfernt werden musste.

Die Eltern wechselten aufgrund der schlechten Behandlung in Krefeld zu einer Überweisung zu einem anderen Arzt. Acht weitere Operationen waren aufgrund der Peniskorrektur erforderlich. Das kleine Kind hat nunmehr 11 chirurgische Eingriffe unter Anästhesie hinter sich. Ihm fehlt der rechte Hoden, der linke ist nun sehr wahrscheinlich steril, die Prostata beschädigt. Das Kind ist traumatisiert und reagiert bei Arztbesuchen panisch. Die Eltern leiden mit ihrem Kind.

Das Kind war während dieser Zeit bei der Privaten Krankenversicherung (AXA Versicherungs AG) versichert.

Fall Nr. 4

Die Person wurde im Januar 2001 geboren und mit einer gemischte Gonadendysgenese diagnostiziert. Diese Diagnose umfasst verschiedene Varianten, meistens sind damit asymmetrische Gonaden oder ungewöhnlich entwickelte Gonaden gemeint. Gut zwei Wochen nach der Geburt wurde unter Vollnarkose ein MRT (Magnetresonanztomographie) erstellt. Kurz darauf wurde ein XY-Chromosomenstatus festgestellt sowie zwei Gebärmuttern und intra-abdominale Hoden. Das Kind wurde als weiblich registriert. Ein Jahr nach der Untersuchung wurden die Gonaden im Städtischen Klinikum Karlsruhe GmbH entfernt. Die Eltern berichten, dass sie sich alles selbst anlesen mussten, beständig die Ärzte befragen und selbst zu Experten werden mussten, da ihnen nur die absolut notwendigsten Dinge erklärt wurden. Das Kind war über den Vater bei der BKK Hochrhein-Wiesenthal staatlich krankenversichert und wechselte später rückwirkend in eine Privatkrankenkasse.

Fall Nr. 5

Das Kind wurde im Februar 2000 geboren und vier Wochen nach der Geburt mit skrotaler Hypospadie diagnostiziert. Dies bedeutet, dass der Harnröhrenausgang im Hodensack lokalisiert ist. Eine Operation fand im Januar 2001 im Klinikum Nürnberg statt. Dabei wurden die männlichen Genitalien des Kindes entfernt. Die Klitoris wurde verkleinert und eine Introitusplastik durchgeführt (operative Veränderung des Scheideneingangs). Beide Eltern hatten der Operation zugestimmt, es bezahlte eine gesetzliche Krankenversicherung (IKK Waiblingen). Das Kind wurde bei der Geburt trotz des XY-Chromosomensatzes als weiblich registriert. Heute leidet das Kind unter Anpassungsschwierigkeiten zu dem zugewiesenen Geschlecht und hat gewisse Probleme mit Ärzten. Das Kind wird in der Schule aufgrund seines Andersseins gemobbt und leidet unter der zugewiesenen Geschlechterrolle.

Fallstudie Christiane V.¹³⁴

Christiane V. wurde in den 1950er Jahren geboren. Ihre inneren Genitalien und ihr XX-Chromosomenstatus entsprachen denen, die üblicherweise bei Frauen vorliegen. Aufgrund ihrer AGS-Disposition (androgenitales Syndrom) jedoch vermännlichten ihre äußeren Genitalien schon im Mutterleib. Ein Hydroxylasemangel führt zu einem Mangel der wichtigen Hormone Kortison und Aldosteron, so dass der Körper vermehrt Androgene produziert. Nach der Geburt war ein Scheideneingang nicht erkennbar, die zusammengewachsenen Schamlippen hielt man für ein verkleinertes leeres Skrotum dessen Hoden wurden im Leistenkanal oder im Bauchraum vermutet wurden, die Klitoris für einen Mikropenis mit unvollständiger Harnröhre. Christiane V. wurde daher für männlich erklärt und als Junge erzogen. Im Alter von drei bis vier Jahren erzeugte das AGS eine verfrühte Pubertät, die die Vermännlichung des Körpers verstärkte und u.a. Schambehaarung erzeugte. Christiane V. begann ihre äußeren Genitalien zu hassen und unternahm mehre Selbstverstümmelungen, und erklärte schon als kleines Kind immer wieder, sie sei ein Mädchen.

Im Alter von 16 Jahren musste sich Christiane V. einer Blinddarmoperation unterziehen. Dabei wurden ihre inneren weiblichen Organe entdeckt. Der Familienarzt überwies sie an einen Urologen, ohne sie oder ihre Eltern über die vermeintlichen „Leistenhoden“ zu informieren. Christiane V. wurde in der Urologie Kleve operiert, es wurden diverse Proben entnommen, statt Hoden wurde jedoch ein „eierstockartiges Gebilde mit Fimbrien“ festgestellt. Zur Erläuterung des Befunds wurde Christiane V. an den Hausarzt zurücküberwiesen, der sie als Sensation und Kuriosität verspottete und sie höhnisch als unheilbaren Zwitter titulierte. Die Art der Mitteilung des Befundes stürzte Christiane V. in tiefe Depressionen und erzeugte Suizidgedanken.

Mit 17 Jahren wandte sich Christiane V. an die Uni-Klinik Köln. Es folgten eine Reihe von Untersuchungen, deren Sinn und Zweck nicht erklärt wurden, darunter auch ein Intelligenztest und detaillierte Nachfragen zu ihrer sexuellen Orientierung und ihrem Sexualverhalten. Zudem wurde Christiane V. genötigt, sich für Fotografien zu entkleiden und sich nackt vor Medizinstudent_innen zu präsentieren. Christiane V. berichtet, dass die „permanente Verletzung meiner intimsten Privatsphäre und die permanente Sorge, dass die Tatsache, dass ihre Intim- und Körperdaten einschließlich Lichtbildern in diversen Publikationen und Internetforen zu finden sind,“ dazu führten, dass sie sich von anderen Menschen isolierte.

Die Untersuchungen führten zur Feststellung von Christiane V.s weiblichem Chromosomensatz und vollständigen weiblichen inneren Genitalien und damit ihrer AGS-Disposition. Christiane V. jedoch teilte man mit, sie habe einen Mischgewebe aus weiblichen und männlichen Keimdrüsen, die mit einem Krebsrisiko behaftet seien. Aus Angst vor der Krebsgefahr unterzog Christiane V. sich dann im Alter von 18 Jahren erneut einer Operation in der Klinik Köln-Merheim. Während der Operation wurden ausschließlich weibliche Geschlechtsorgane gefunden, die vollständig entnommen wurden. Die Ärzte ließen sie im Glauben, sie hätten ihr entartetes Gonadengewebe, eine Art Tumor, entfernt. Stattdessen schrieb der behandelnde Oberarzt ohne ihr Wissen an das Kreiswehrrersatzamt in Krefeld: „Der Patient ist genotypisch weiblich und die normalen weiblichen inneren Organe wurden hier intraoperativ entfernt. Ich bitte um unbedingte Berücksichtigung der Tatsache, dass Herr V. über das Ausmaß der Erkrankung noch nicht vollständig informiert ist. Die obig genannten Diagnosen dürfen ihm auf keinen Fall mitgeteilt werden.“

¹³⁴ Ein persönlicher Bericht von Christiane V. ist im Parallelbericht zum 2010 Shadow Report to the CESCR-Ausschuss (2010) enthalten, S. 40-44, sowie im Schattenbericht zum CEDAW-Ausschuss (2008), S. 26-29 („Christiane T.”).

In Folge dieser Fehlbehandlung musste Christiane V. viele weitere Operationen zur Vermännlichung ihrer äußeren Genitalien über sich ergehen lassen, darunter eine Harnröhrenkonstruktion. Zudem wurde sie mit hochdosiertem vermännlichendem Testosteron medikamentiert, das Bartwuchs und die typisch männliche Stirnglatze hervorrief. Ihre Stimme vermännlichte und ihr Körper entwickelte sogenanntes Kastratenfett. Ihre tatsächlichen Beschwerden, AGS, wurde dagegen erst Jahre später mit Kortison behandelt.

Sie sagt: „Bei vollständiger und korrekter Aufklärung und mit angemessener therapeutischer Behandlung des adrenogenitalen Syndroms hätte ich ... eine erfüllte weibliche Sexualität, das Leben einer Frau und Mutter erleben können. Dies alles wurde mir durch die Genitalverstümmelung, bzw. durch die an mir nachgewiesenermaßen durchgeführte Zwangskastration mit Absicht zerstört.“

Im Februar 2008 gewann Christian V. in zweiter Instanz einen zivilrechtlichen Schadensersatzprozess und bekam 100.000 € Schadensersatz zugesprochen.

Im August 2009 forderte Christiane V. ihre Schwerbehindertenakte vom zuständigen Versorgungsamt Düsseldorf an. Sie bekam ihre Akte offensichtlich unvollständig mit der Behauptung, sie sei vollständig. Dasselbe war ihr bereits passiert, als sie nach ihrer Krankenakte in Köln-Merheim forschte. Als sie endlich die vollständige Akte in Händen hielt, stellte sie fest, dass das Versorgungsamt bereits bei ihrem Erstantrag 1987 zur Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft über die tatsächliche, biologisch rein weibliche, Konstitution und Geschlechtszugehörigkeit sowie ihre gesamte medizinische Geschichte informiert war. Dennoch hatte das Versorgungsamt einen männlichen Personenstand zugrunde gelegt, so dass die Kastration und die Verstümmelungen bei der Feststellung des Grads der Behinderung von nur 50 % nicht berücksichtigt wurden. Seit April 2010 klagt Christiane V. für einen höheren Schwerbehindertengrad.

Sie sagt: „Ich wurde gezwungen [...] ein falsches Leben zu führen, nämlich als Frau dasjenige eines Mannes. Erfüllte Partnerschaft, erfüllte Sexualität, mein Recht auf Mutterschaft und die Möglichkeit eine Familie aufzubauen sind mir auf diese Art und Weise genommen und zerstört worden. Nunmehr im Alter von 48 Jahren beginne ich damit die Frau zu werden, die ich von Natur aus schon immer war. Die verlorene Jugend und das Leben einer Frau mit 20 oder 30 Jahren kann mir dies nicht zurückbringen. Es kann auch niemals wieder gut gemacht werden, was ich als 17- und 18-jährige im Krankenhaus erlitten habe.“

Fallstudie M. Frances Maria K.¹³⁵

M. Frances Maria K. wurde 1957 in Süddeutschland geboren und wuchs als Mädchen auf. Frances Maria K. weigerte sich in der Grundschulzeit, einen Rock zu tragen und durfte Hosen tragen. Ende 1972, im Alter von 15 Jahren, wurde Frances Maria K. wegen des Ausbleibens der Menstruation humangenetisch untersucht. Es wurde eine XY-Gonadendysgenese/ Hermaphroditismus masculinus diagnostiziert, worüber Frances durch die eigene Mutter aufgeklärt wurde. 1973 wurden Frances Maria K. operativ die Gonaden entfernt, wobei die anderen inneren und äußeren Sexualorgane unangetastet blieben. Die OP wurde durch Dr. Overzier durchgeführt, dessen Buch über Intersexualität von 1961 als Standardwerk für Diagnose und Behandlung galt. Er notierte: „Eine Chromosomenkultur haben wir angelegt. Mit der Operation wollte ich bis zu dem Ergebnis nicht warten, weil das Ergebnis für diese Operation keine Konsequenzen hat und die Patientin dann die Lust verloren hätte.“

Frances Maria K. schulischen Leistungen fielen nach der Operation und mit Beginn der Hormontherapie rapide ab. Trotz folgender Universitätsabschlüsse konnte Frances Maria K.

¹³⁵ Ein persönlicher Bericht von M. Frances Maria K. findet sich im Parallelbericht zum CESCRAusschuss (2010), S. 45-49.

keine Arbeitsstelle für länger als zwei Jahre halten, weil sie mit Antriebsmangel zu kämpfen hatte und unter ihrem Geheimnis litt.

Die Hormonbehandlung erfolgte von 1973-2004, währenddessen die Medikamente wegen gesundheitlicher Probleme mit der Behandlung häufig gewechselt wurden. So wurde von einem Empfängnisverhütungsmittel auf ein meno-/ postmenopausales Östrogenpräparat umgestellt, dennoch verstärkten sich die gesundheitlichen Probleme. Im Jahr 2000 stellte die Hausärztin Frances Maria K. aufgrund von Stoffwechselproblemen (erhöhter Blutzucker- und Cholesterinwerte) und starker Gewichtszunahme eine Lebenserwartung von 4-5 Jahren in Aussicht. Ärzte sagten Frances Maria K. immer wieder, sie sei eine „normale Frau“, doch sie berichtet: „Ich fühlte mich eher verunsichert und ich konnte nicht die Frau sein, die ich sein sollte.“ Bereits 1996 legte Frances Maria K. ihren weiblichen Vornamen Margaret ab und benutzte ihren Mittelnamen Frances Maria.

Wiederholte Anforderungen der Krankenakten wurden mit der Begründung abgelehnt, sie seien nicht mehr verfügbar, ein förmlicher Antrag auf Herausgabe der Krankenakten wurde gleichfalls abgewiesen. Erst im Jahr 2002 schloss sich Frances Maria K. der Selbsthilfegruppe an und begann über ihren Zustand und ihre gesundheitlichen Probleme zu sprechen. 2005, inzwischen mit einer in der Bewegung ebenfalls aktiven männlich registrierten Person verheiratet, zog Frances Maria K. vor Gericht, um die Herausgabe der Akten zu erwirken. Frances Maria K. entschied außerdem, dass die paradoxe Hormonbehandlung die Ursache für die gesundheitlichen Probleme der Vergangenheit waren und konnte schließlich ihren Endokrinologen zur Verschreibung von Testosteron überzeugen.

Nach langen juristischen Streitigkeiten wurde im Jahr 2010 Frances Maria K.s Behindertenstatus (GdB) festgesetzt, auf 70 % für die Jahre 1977-2000 und für die Jahre 2006-2007, 90 % für die Jahre 2001-2006, und vollständig seit 2007. Die Grundlage hierfür sind folgende gesundheitliche Schäden:

1. XY-Gonadendysgenese (kein SRY auf dem Y-Chromosom) mit schwerer Unterentwicklung des Penis, Verlust beider Hoden vor Abschluss der körperlichen Entwicklung, langjährige paradoxgeschlechtliche Hormontherapie mit der Folge ausgeprägter Gynäkomastie (weibliche Brustentwicklung bei Männern), multiple Stoffwechselstörungen, Osteopenie (niedrige Knochenmineralisierung, ein Vorläufer der Osteoporose) und psychoreaktiver Störungen (Einzel-GdB 90)
2. Hypophysenadenom (gutartiger Tumor) mit geringer Prolaktinämie (Hormonmangel an Prolaktin) (Einzel-GdB 20)
3. Wirbelsäulenleiden (Einzel-GdB 10)
4. Rezidivierendes Erysipel (Hautinfektion durch Streptokokken) am linken Fuß und Stammvarikose Grad IV an beiden Beinen (Einzel-GdB 10)
5. Stoffwechselsyndrom bei Diabetes mellitus (Einzel-GdB 10)