



**Parallelbericht
zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum
Internationalen Pakt der Vereinten Nationen über wirtschaftliche,
soziale und kulturelle Rechte (CESCR)**

Erstellt von:
Intersexuelle Menschen e.V. / XY-Frauen

Lucie G. Veith
Neu Wulmstorf
lucie@intersexuelle-menschen.net

Cl. J. Kreuzer
Trier
wedernoch@aol.com

Sarah Luzia Hassel-Reusing
Volker Reusing
Wuppertal
chatling@gmx.de

Impressum:

Lucie G. Veith
Neu Wulmstorf

lucie@intersexuelle-menschen.net

Herausgegeben von:

Intersexuelle Menschen e.V.

Lucie G. Veith
Neu Wulmstorf

lucie@intersexuelle-menschen.net

An der Kommentierung haben mitgewirkt:

Lucie G. Veith
Sarah Luzia Hassel-Reusing
Claudia J. Kreuzer
Volker Reusing

Kontakt

Lucie Veith
Postweg 11
21629 Neu Wulmstorf
lucie@intersexuelle-menschen.net

Datum:

1.02.2011

Inhaltsverzeichnis

Vorwort / Zusammenfassung	6
Fragen an die Bundesregierung	8
1. Präambel und Teil II des Sozialpaktes (Artikel 2-5)	9
1.1. Anwendung des Sozialpaktes in Deutschland	10
1.2. Definition - Was ist Intersexualität?	11
1.3. Noch kein offizielles Zugehen der Bundesregierung auf die intersexuellen Menschen, positive Entwicklungen in einigen Bundesländern, beim AGG und beim Ethikrat ...	13
2. Recht auf Teilhabe an den Errungenschaften des wissenschaftlichen Fortschritts (Art. 15 Abs. 1 lit. b + Abs. 2 Sozialpakt)	15
2.1. Die menschenrechtsverletzenden Geschlechtertheorien nach Prof. Dr. John Money	15
2.2. Veraltete Fachliteratur.....	18
2.3. Fehlende Teilhabe an den Errungenschaften wissenschaftlichen Fortschritts durch Off-Label-Use von Medikamenten	19
3. Recht auf Gesundheit (Artikel 12 Sozialpakt)	20
3.1. Medizinische Versuche an Menschen, Verletzung der Informierten Einwilligung....	20
3.2. Gonadenentnahme (Kastration)	23
3.3. Genitalamputation	24
3.4. Irreversible genitalchirurgische Eingriffe bei Unmündigen und Erwachsenen	25
3.5. Medizinische Behandlung nach dem Personenstand statt nach gesundheitlichen Erfordernissen	25
3.6. Hormonersatztherapie und Off-Label-Use von Medikamenten.....	26
3.6.1. Konsequenzen adäquater Hormonersatztherapie	26
3.6.2. Konsequenzen paradoxer Hormontherapien (paradoxe HT)	27
3.6.2.1. Körperliche und psychosomatische Konsequenzen paradoxer HT	27
3.6.2.2. Psychische Konsequenzen paradoxer HT	29
3.6.3. Off-Label-Use	30
3.7. Behandlungsdokumentation.....	31
3.8. Wirksamer Rechtsschutz.....	31
3.9. Behandlungskonsequenzen im Handlungsspielraum der medizinischen Definition ..	32

4. Soziale Sicherheit und Recht auf Sozialversicherung (Art. 9 Sozialpakt)	32
4.1. Krankenversicherungen	32
4.2. Behinderung	34
5. Schutz der Familie (Art. 10 Sozialpakt)	36
5.1. Verletzung des besonderen Schutzes der Familie durch Zulassen von Menschenrechtsverletzungen gegenüber dem Kind	36
5.2. Verletzung des besonderen Schutzes der Familie durch Erschütterung des Eltern- Kind-Verhältnisses	36
5.3. Unzureichende soziale Absicherung	37
6. Sondermechanismen	38
6.1. Eine Möglichkeit der Aufarbeitung: Wahrheitskommission zur Aufklärung der Verletzung der Frauen- und Menschenrechte intersexueller Menschen	38
7. Forderungen und Empfehlungen / Recommendations	39
7.1. Die Forderungen der Betroffenen	39
7.2. Notwendige Hilfsprogramme für Betroffene	39
**Addendum/Anhang – Fallstudien – Links	40
1. Fallbericht Christina T.	40
2. Fallstudie Frances	46
3. <u>Links</u>	49

Parallelbericht des Verbands Intersexuelle Menschen e. V. zum 6. Staatenbericht der
Bundesrepublik Deutschland zu CEDAW

Vorwort - Zusammenfassung

Dieser Parallelbericht zum Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland widmet sich, nach Überzeugung und Erfahrung der Berichterstatte(r)innen, den nicht erfüllten Verpflichtungen bezüglich der Menschenrechte, wie sie aus dem UN-Übereinkommen über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte (CESCR) den intersexuellen Menschen erwachsen.

Bei intersexuellen Menschen finden sich sowohl weibliche als auch männliche körperlich-geschlechtliche Merkmale. Die Varianz ihrer geburtsgeschlechtlichen Anlagen selbst ist in keiner Weise pathologisch. Trotzdem werden sie in Deutschland - sowie auch in zahlreichen anderen Ländern - von frühestem Kindesalter an - irreversiblen medikamentösen und chirurgischen Eingriffen unterzogen. Diese Eingriffe führen bei den so betroffenen Menschen konsequenterweise zu einer lebenslang obligaten medizinischen Behandlung.

In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird mit medizinischen Mitteln versucht, intersexuelle Kinder, optisch und psychisch, dem jeweiligen kulturellen Kontext von „weiblich“ anzupassen. Eine medizinische Indikation sowie eine Qualitätskontrolle (Tz. 12 Allgem. Kommentar Nr. 14 zum Sozialpakt) fehlen hierzu völlig.

Ebenso gibt es Fälle, in denen versucht wird, intersexuelle Menschen unter Verlust, überwiegend völlig intakter, weiblicher Geschlechtsorgane zu Jungen bzw. Männern um zu operieren.

Die daraus resultierenden Konsequenzen hinsichtlich Mutterschaft, Körperbild und sexueller Selbstbestimmung bedürfen, aus Sicht der Berichterstatte(r)innen, keiner weiteren Ausführungen. Diesen Menschen soll ein Geschlecht, unter Verlust ihrer natürlichen individuellen Entwicklungspotentiale, aufgezwungen werden. Die Notwendigkeit der medizinischen Eingriffe wird dabei mit sozialen Aspekten begründet, beispielsweise der Sorge, dass ein intersexuelles Kind ohne eindeutige Geschlechtsmerkmale Opfer von (geschlechtlicher) Diskriminierung werden könnte.

Offiziellen Schätzungen zufolge leben etwa 80.000 bis 120.000 medizinisch mit dem Begriff „intersexuell“ („Disorders of Sex Development“, „DSD“) klassifizierte Menschen in der Bundesrepublik Deutschland.

Das Anliegen des vorliegenden Schattenberichts ist es, über die physische, psychische und soziale Situation intersexueller Menschen in Deutschland aufzuklären mit dem Ziel, die vollständige Umsetzung der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Menschenrechte, darunter insbesondere des Menschenrechts auf Gesundheit (Art. 12 CESCR), auch für intersexuelle Menschen durchzusetzen.

Deutschland muss seiner Schutzverpflichtung für die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Menschenrechte nachkommen, darf die Gefährdungen und Verletzungen der Rechte intersexueller Menschen aus dem CESCR nicht länger ignorieren. Mit diesem Schattenbericht verbindet sich die Hoffnung, dass der CESCR-Ausschuss der Vereinten Nationen gegenüber der Bundesregierung darauf hinwirken wird, dass die Menschenrechte intersexueller Menschen aus dem CESCR in Deutschland angewandt bzw. durchgesetzt werden.

Die intersexuellen Menschen legen diesen eigenen Schattenbericht vor, weil sie sehr spezifischen Formen von Gewalt und Diskriminierungen ausgesetzt sind.

Intersexualität berührt eine Vielzahl universeller Menschenrechte. Der vorliegende Schattenbericht konzentriert sich auf die Darstellung von Menschenrechtsverletzungen in

Bezug auf die mangelnde Umsetzung der in den Artikeln 2 - 5 (mit den für den Sozialpakt grundlegenden Prinzipien der Gleichheit, der Nichtdiskriminierung und der Staatenpflichten), Artikel 9 (soziale Sicherheit), Artikel 10 (Familie), Artikel 12 (Gesundheit) und Artikel 15 (Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt) niedergelegten Rechte.

Alle universellen Menschenrechte sind gleichrangig, interdependent und unteilbar. Nach Artikel 28 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte hat jeder Mensch gleichermaßen Anspruch auf eine soziale und internationale Ordnung, in welcher die Menschenrechte und Grundfreiheiten voll verwirklicht werden können. CESCR betont in der Präambel „dass nach den in der Charta der Vereinten Nationen verkündeten Grundsätzen die Anerkennung der allen Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft innewohnenden Würde und der Gleichheit und Unveräußerlichkeit ihrer Rechte die Grundlage von Freiheit, Gerechtigkeit und Frieden in der Welt bildet“. Dies wird von den intersexuellen Menschen Betroffenen mit großer Anerkennung gewürdigt.

Im Sinne der universellen und interdependenten Menschenrechte scheint es erforderlich, die Anliegen intersexueller Menschen in Zukunft auch an andere UN-Fachausschüsse weiter zu leiten (insbesondere an die Fachausschüsse zum Zivilpakt (ICCPR), zur Frauenrechtskonvention (CEDAW), zur Kinderrechtskonvention (CRC) und zur Konvention gegen Folter (CAT) sowie an die Sonderberichterstatter/innen zu Folter, Gewalt gegen Frauen und Kinder).

Fragen an die Bundesregierung

1. Was wird die Bundesregierung unternehmen, um sicher zu stellen, dass die Würde und das Recht auf diskriminierungsfreies Leben und die Gesundheit (Artikel 1 jeweils in Verbindung mit Artikel 12 CESCR) bezogen auf das Geschlecht auch für zwischengeschlechtlich klassifizierte Menschen möglich wird?
2. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung veranlasst um sicherzustellen, dass auch für intersexuelle klassifizierte Menschen in den vollen Genuss der Rechte aus dem CESCR kommen?
3. Wann wird die Bundesregierung in einen Dialog mit den Betroffenen, der NGO eintreten?
4. Warum hat die Bundesregierung noch keine Schritte unternommen, um sicherzustellen, dass med. Behandlungsstandards für zwischengeschlechtlich klassifizierte Menschen eingeführt werden, welche den Anforderungen der ratifizierten UN –Verträge genügen?
5. Was wird die Bundesregierung unternehmen, um sicher zu stellen, dass zukünftig keine irreversiblen medizinischen Eingriffe ohne „freie informierte Einwilligung“ an intersexuellen Menschen erfolgen?
6. Mit welchen Maßnahmen stellt die die Bundesregierung dass intersexuell klassifizierte Menschen an den Errungenschaften des wissenschaftlichen Fortschritts partizipieren können?
7. Warum duldet die Bundesregierung die traditionellen kosmetischen Eingriffe an Genitalien intersexuell klassifizierter Menschen/Kinder und warum wertet sie diese Tradition höher als das Recht auf bestmögliche Gesundheit?
8. Wann werden die medizinischen Fachgesellschaften durch die Bundesregierung aufgefordert, diskriminierungsfreie Behandlungsstandards unter aktiver Einbeziehung der Betroffenen ein zu führen?
9. Wie gedenkt die Bundesregierung das Recht intersexuell klassifizierter Menschen auf Gesundheit bei geschlechtlich normierenden medizinischen Zwangsbehandlungen im Zweigeslechtersystem sicher zu stellen?
10. Welche gesetzlichen Initiativen wird die Bundesregierung verwirklichen um die soziale Inklusion intersexuell klassifizierter Menschen auf Dauer zu gewährleisten?
11. Wann gedenkt die Bundesregierung den Begriff der geschlechtlichen Varianten in ihre Gesetze und Verordnungen einzuarbeiten?
12. Wird die Bundesregierung in den nächsten 4 Jahren eine Wahrheitskommission einrichten bzw. unterstützen , die zur öffentlichen Aufarbeitung (nach kanadischem Vorbild) der durch medizinische Zwangsbehandlung bzw. Nicht-Behandlung geschädigter zwischengeschlechtlich klassifizierter Menschen beiträgt und die Entschädigung der Betroffenen regelt?

Parallelbericht zum 5. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Internationalen Pakt der Vereinten Nationen über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR)

1. Präambel und Teil II des Sozialpaktes (Artikel 2 - 5)

Der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte bekräftigt in seiner Präambel „dass nach den in der Charta der Vereinten Nationen verkündeten Grundsätzen die Anerkennung der allen Mitgliedern der menschlichen Gemeinschaft innewohnenden Würde und der Gleichheit und Unveräußerlichkeit ihrer Rechte die Grundlage von Freiheit, Gerechtigkeit und Frieden in der Welt bildet“. In den Artikeln 2 - 5 werden die für den Sozialpakt grundlegenden Prinzipien der Gleichheit und Nicht-Diskriminierung sowie die Staatenpflichten normiert.

Der vorliegende Alternativbericht des Vereins Intersexuelle Menschen e.V. und seiner angeschlossenen Selbsthilfegruppe xy-frauen bezieht sich in besonderer Weise auf den Gleichheitsgrundsatz und das Diskriminierungsverbot aufgrund des Geschlechts. Bereits Art. 55 Uno-Charta untersagt die geschlechtsbezogene Diskriminierung bzgl. der Menschenrechte der Vereinten Nationen.

Da der Sozialpakt in Art. 2 Abs. 2 die Vertragsstaaten verpflichtet, zu gewährleisten, dass jede Diskriminierung, insbesondere auch bezogen auf das Geschlecht und den sonstigen Status, bei der Ausübung der Rechte aus dem Pakt unterbleibt, und insbesondere das Menschenrecht auf Gesundheit für Deutschland nur über dessen Art. 12 umfassend geschützt ist, ist der Sozialpakt eine der entscheidendsten Rechtsgrundlagen für den Schutz der intersexuellen Minderheit. Dabei sind bzgl. der zwischengeschlechtlichen Menschen als verbotene Diskriminierungsgründe, weil Intersexualität ein körperliches Phänomen ist, in erster Linie das Merkmal Geschlecht und, soweit es um die Geschlechtsidentität und um den Gesundheitsstatus geht, auch das Merkmal sonstiger Status maßgeblich; Tz. 32 des Allgem. Kommentars Nr. 20 zum Diskriminierungsverbot des Sozialpaktes nennt die Geschlechtsidentität als verbotenen Diskriminierungsgrund und nennt als Beispiele der Diskriminierung zwischengeschlechtlicher Menschen Schikanen in der Schule und am Arbeitsplatz. Tz. 33 verbietet die Diskriminierung auf Grund eines tatsächlichen oder vermeintlichen gesundheitlichen Status.

Dieser Parallelbericht beschäftigt sich besonders mit den Menschenrechten auf Gesundheit (Art. 12), soziale Sicherheit (Art. 9), Schutz der Familie (Art. 10) und Teilhabe an den Errungenschaften des wissenschaftlichen Fortschritts und dessen Anwendungen (Art. 15).

Er ist entstanden in dem Bewusstsein der Verpflichtung der Vertragsstaaten, die volle Verwirklichung der Menschenrechte des Sozialpaktes nach und nach mit allen geeigneten Mitteln, insbesondere durch legislative Maßnahmen, zu erreichen (Art. 2 Abs. 1), sowie eingedenk dessen, dass Einschränkungen dieser Menschenrechte nur auf gesetzlicher Grundlage erlaubt sind und nur so weit, wie es für das allgemeine Wohl in einer demokratischen Gesellschaft erforderlich ist (Art. 4). Daraus folgt, dass die Einschränkung von wirtschaftlichen, sozialen oder kulturellen Rechten auf niedrig rangigeren Grundlagen als Gesetzen, insbesondere privatrechtlichen Grundlagen wie z. B. medizinischen Standards oder bloßen Gewohnheiten innerhalb von medizinischen Berufsständen, verboten sind. Außerdem sind alle Einschränkungen untersagt, die über das für das allgemeine Wohl in einer demokratischen Gesellschaft erforderliche Maß hinausgehen. Die BerichterstatterInnen sind zudem der Überzeugung, dass die mangelnde Erfüllung insbesondere der Schutzpflichten aus dem Sozialpakt dem Bewusstsein der Öffentlichkeit für die Menschenrechte und der Rechtstaatlichkeit im materiellen Sinne und damit auch dem allgemeinen Wohl in einer demokratischen Gesellschaft im Sinne von Art. 4 Sozialpakt empfindlich schadet.

1.1. Anwendung des Sozialpaktes in Deutschland

Dieser Parallelbericht leistet einen Beitrag dazu, dass die universellen Menschenrechte der Vereinten Nationen als unmittelbar anwendbare und verbindliche Rechte in Deutschland im Alltag von Justiz und Politik angewendet werden, wie es bereits die Concluding Observations des CEDAW-Ausschusses vom 10.02.2009 in Bezug auf Deutschland in Tz. 22 für CEDAW gefordert haben. Das gilt gleichermaßen für alle von Deutschland ratifizierten Menschenrechtsverträge der Vereinten Nationen, weil alle universellen Menschenrechte unteilbar, d. h. untereinander gleichrangig und gleichermaßen verbindlich sind (Präambel der AEMR, Art. 5 Erklärung von Wien der Uno-Vollversammlung vom 12.07.1993 (Az. A/CONF. 157/23), Art. 6 Abs. 2 Resolution 41/128 der Uno-Vollversammlung über das Recht auf Entwicklung, Präambel der Resolution 48/141 der Uno-Vollversammlung zur Schaffung des Amtes der Hochkommissarin für Menschenrechte).

Art. 28 der Allgem. Erklärung der Menschenrechte (AEMR) normiert, dass jeder Mensch einen Anspruch auf eine soziale und internationale Ordnung hat, in welcher die Menschenrechte der Uno voll verwirklicht werden können. Nach Art. 1 Nr. 3 Uno-Charta gehören die universellen Menschenrechte zu den Zielen, zu deren Verwirklichung die Vereinten Nationen gegründet wurden. Die Uno-Charta ist nach ihrem Art. 103 der höchstrangige internationale Vertrag. Die Verankerung der universellen Menschenrechte in den Zielen der Uno-Charta zeigt, dass diese ebenso wie die Uno-Charta selbst zum “ius cogens”, der höchsten Kategorie des Völkerrechts, gehören (Art. 30 und 53 der Wiener Vertragsrechtskonvention (WVRK)). Die Zugehörigkeit der universellen Menschenrechte zum “ius cogens” hat auch das EU-Gericht 1. Instanz in Rn. 279-282 des Urteils zu Az. T-306/01 bestätigt.

Nach Art. 25 des deutschen Grundgesetzes (GG) stehen die allgemeinen Regeln des Völkerrechts (und damit auch die zum “ius cogens” gehörenden universellen Menschenrechte der Vereinten Nationen) in Deutschland über den einfachen Gesetzen und erzeugen unmittelbar Rechte und Pflichten für die Einwohner Deutschlands, sind also unmittelbar anwendbar und damit insbesondere auch in der Rechtsprechung, aber auch von Legislative und Exekutive, in Deutschland als unmittelbar geltendes Recht anzuwenden.

Die Völkerrechtsfreundlichkeit des Grundgesetzes zeigt sich noch deutlicher. Nach Art. 1 Abs. 2 GG, dessen Wortlaut von der Präambel der Allgem. Erklärung der Menschenrechte inspiriert ist, bekennt sich das deutsche Volk auf Grund der unantastbaren Menschenwürde zu unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt. Aus der Unveräußerlichkeit auch der Menschenrechte “in der Welt” folgt, dass die aus internationaler, insbesondere aus universeller, Rechtsquelle fließenden, für Deutschland gültigen Menschenrechte genauso wenig ignoriert werden dürfen wie die des deutschen Grundgesetzes. Der gesamte Art. 1 GG und damit auch dessen die Unveräußerlichkeit der Menschenrechte ebenso wie die Rechtsstaatlichkeit im materiellen Sinne schützende Absatz 2 gehört zu den durch die Ewigkeitsgarantie (Art. 79 Abs. 3 GG) vor jeder einschränkenden Änderung geschützten Teilen des GG. Diese Ewigkeitsgarantie wiederum hat laut Rn. 218 des Lissabon-Urteils des deutschen Bundesverfassungsgerichts vom 30.06.2009 einen universellen Grund seit Bestehen der Vereinten Nationen. Darum hat das deutsche Bundesverfassungsgericht in Leitsatz 3 des Lissabon-Urteils entschieden, dass selbst bei der Anwendung des EU-Rechts in Deutschland noch genug Raum bleiben muss für die Umsetzung der wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Rechte.

Die direkte Anwendung des Uno-Sozialpakts für Deutschland ist von entscheidender Bedeutung auch für die intersexuelle Minderheit in Deutschland, insbesondere, weil es ein Menschenrecht auf Gesundheit, welches ausdrücklich das für den jeweiligen Menschen erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit schützt, für Deutschland nur aus Art. 12 des Sozialpaktes gibt.

1.2 Definition - Was ist Intersexualität?

Die Natur bringt neben Männern und Frauen auch Menschen hervor, deren körperlich-geschlechtliche Anlagen nicht in dieses kulturell gewachsene, binäre Schema einzuordnen sind. Bei zwischengeschlechtlichen Menschen deuten die wesentlichsten körperlichen Geschlechtsmerkmale, d. h., die Chromosomen (und die auf diesen befindlichen Gene), die Gonaden (Hoden, Eierstöcke und Mischformen) und das Genital (Größe, Funktionsweise und Verlauf der Harnröhre) nicht alle eindeutig auf das gleiche körperliche Geschlecht als Mann oder Frau hin.

Offiziellen Schätzungen zufolge leben etwa 80.000 bis 120.000, medizinisch mit dem Begriff „intersexuell“ („DSD“, „Disorders of sex development“) klassifizierte, Menschen in der Bundesrepublik Deutschland.

Der Begriff der „Intersexualität“ beschreibt Menschen mit angeborenen, von der kulturell motivierten, geschlechtlichen Erwartungshaltung abweichenden, somatischen Varianten der Geschlechtsanlagen. Der weitaus überwiegende Teil, etwa 95%, dieser Personengruppe, wurde und wird nach ihrer Geburt genital-chirurgischen und verschiedensten medikamentösen Eingriffen zur Veränderung ihrer grundlegenden angeborenen Geschlechtsmerkmale unterzogen. Die Eingriffe erfolgten und erfolgen bei diesen Personen orientiert an dem medizinisch-technisch Realisierbaren mit dem Zweck, willkürlich (da unter Außerachtlassung geltender Menschenrechte und noch nicht einmal mit gültigem medizinischen Standard) eine geschlechtliche Eindeutigkeit herzustellen, und zwar ungeachtet ihrer Persönlichkeitsrechte, ihrer physiologisch-biologisch determinierten Anlagen und unter Abwesenheit evidenter wissenschaftlicher Erkenntnisse hierzu. Die intersexuellen Menschen sehen diese Eingriffe, die ohne ihre Zustimmung und ohne eine umfassende Aufklärung erfolgen, als unerträglichen Eingriff in ihre Autonomie und als einen würdelosen Gewaltakt an. Die irreversiblen und umfassenden, psychosomatischen und seelischen Einbußen sowie die nur durch lebenslange Medikation aufrecht zu erhaltenden sekundären Geschlechtsmerkmale entfalten für die gesamte Lebensspanne der Betroffenen und für alle Lebensbereiche umfassende unterdrückende Wirkung. In besonderem Maße führt eine dem biologischen chromosomalen Geschlecht entgegengesetzte Hormontherapie zur Verringerung der körperlichen und seelischen Leistungsfähigkeit und langfristig zu erheblichen gesundheitlichen Nebenwirkungen.

Intersexuelle Menschen lassen sich hinsichtlich ihrer Biographien in zwei wesentliche Gruppen unterteilen. Da sind einerseits die vor 1945 geborenen, die im wesentlichen Opfer der Rassenhygiene des Nationalsozialismus wurden. Jene, die diese Zeit überlebten, wurden von ihren Familien versteckt. Hermaphroditismus wurde zum lebenserhaltenden Tabu erklärt. Die zweite Gruppe sind diejenigen, die nach 1946 geboren wurden, insbesondere jene - heute mehrheitlich - die nach 1950 geboren wurden. Der vorliegende Bericht konzentriert sich auf diese Gruppe, obwohl es auch noch intersexuelle Menschen aus der Zeit vor 1945 gibt, die überlebten und noch heute leben.

Die Zuordnung zu einem Geschlecht erfolgt in Deutschland bisher nach einer standesamtlichen Verordnung aus dem Jahre 1937. Diese Verordnung hat trotz des nationalsozialistischen Hintergrundes immer noch Bestand, mit gravierenden Folgen für

intersexuelle Menschen. Ab 2009 wurde das Personenstandsrecht insoweit verbessert, als es jetzt möglich ist, die Geschlechtseintragung bei Geburt erst einmal auf unbestimmte Zeit offen zu lassen. Allerdings bekommt man dann nur eine Anmeldebestätigung. Eine offizielle Geburtsurkunde erhält man in Deutschland erst, wenn die Geschlechtseintragung als männlich oder weiblich nachgeholt wurde. Viele Rechte können in Deutschland nur ausgeübt werden gegen Vorlage einer Geburtsurkunde. So benötigt man diese zur erstmaligen Beantragung eines Personalausweises. Einen Personalausweis benötigt man, um ins Ausland zu reisen oder ein Bankkonto zu eröffnen.

Der Teil der zwischengeschlechtlichen Menschen, der sich auf Grund seiner Geschlechtsidentität nicht auf die Eintragung als männlich oder weiblich festlegen lassen will, erhält entweder keine Geburtsurkunde oder bekommt immer noch per amtlichem Bescheid auf Grund der Einschätzung des Amtsarztes eine Eintragung als männlich oder weiblich vorgeschrieben – eine Diskriminierung im Sinne von Art. 10 lit. b des Allgem. Kommentars Nr. 20 zum Sozialpakt. Die Diskriminierung im Personenstandsrecht wurde nicht beseitigt, es wurde nur der Zeitdruck nach der Geburt gelindert. Zu den Diskriminierungen auf Grund einer falschen Geschlechtseintragung oder des Vorenthaltens einer Geburtsurkunde wird auf die Abschnitte dieses Parallelberichts zu den Menschenrechten auf Gesundheit (Art. 12 CESCR), auf soziale Sicherheit (Art. 9 CESCR) und auf den Schutz der Familie (Art. 10 CESCR) verwiesen.

Diese Menschen, die völlig normal, jedoch mit variantem individuellem Geschlecht ausgestattet sind, werden als Intersexuelle bezeichnet, und ihre körperlich-geschlechtliche Abweichung unter den DSD-Syndromen zusammengefasst. Grundsätzlich haben „intersexuelle Menschen“ unbehandelt, bis auf einige wenige Ausnahmen [z.B. hinsichtlich des bei AGS¹ möglichen Salzverlustes], auch im Verlaufe ihres weiteren Lebens keine schwerwiegenden oder gar lebensbedrohlichen physiologischen Erkrankungen bezüglich ihrer geburtsgeschlechtlichen Besonderheiten zu befürchten.

Die Berichterstatter(innen), so auch die Mehrzahl der organisierten intersexuellen Menschen, sind, entgegen dem vorgenannten medizinischen Mainstream, der von der Natur gerechtfertigten Auffassung, dass sie eine eigene Geschlechtsentwicklung, ein individuelles körperliches Geburtsgeschlecht und, wie alle anderen Menschen auch, ein Recht auf den Erhalt ihres Geburtsgeschlechts und auf den Schutz ihrer psychischen Geschlechtsidentität haben.

Die körperlichen Varianzen intersexueller Menschen dürfen nicht Anlass sein, dass ihr Geburtsgeschlecht der beliebigen Interpretation und jedweder medizinischer Intervention durch andere Menschen, insbesondere Mediziner, ausgeliefert wird. Nicht als intersexuell klassifizierte Menschen dürfen sich hinsichtlich aller Aspekte ihres Geschlechtes sehr unterschiedlich entwickeln, und dies auch, ohne deswegen medizinische Interventionen fürchten zu müssen.

Erst wenn ein Mensch im weiteren Verlauf seiner individuellen körperlichen und seelischen Geschlechtsentwicklung und ohne medizinische Interventionen selbstbestimmt zu der Überzeugung kommt, dass seine körperliche Varianz für seine Geschlechtsidentität nicht zutreffend ist und/oder von ihm als beeinträchtigend empfunden wird, -nur dann- kann seiner Varianz eine behandlungsbedürftige pathologische Bedeutung zukommen. Hierbei kann die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe jedoch ausschließlich, unter voller Aufklärung über die gesundheitlichen Konsequenzen² von Eingriffen, im selbstbestimmten Ermessen dieses Menschen liegen.

¹ AGS = AndrenoGenitales Syndrom Krankheitsbild infolge Überproduktion androgener Steroide durch die Nebennierenrinde, mit und ohne Salzverlustsyndrom. Führt infolge in der weiteren Folge bei XX-chromosomalen Menschen zu Virilisierungserscheinungen.

² „Informed Consent“

1.3 Noch kein offizielles Zugehen der Bundesregierung auf die intersexuellen Menschen, positive Entwicklungen in einigen Bundesländern, beim AGG und beim Ethikrat

Die Bundesregierung wurde durch mehrere Anfragen gebeten, sich zur Situation intersexueller Menschen in Deutschland zu äußern. Die Antworten der Bundesregierung auf diese „Kleinen Anfragen“ sind in den Bundesdrucksachen 14/5425 und 16/4322 dokumentiert. Von den BerichterstatterInnen wird an den Antworten der Bundesregierung kritisiert, dass diese ausschließlich auf der Informationsbasis bestimmter ärztlicher Aussagen entstanden sind und von einem Personenkreis stammen, der mit der Behandlung betroffener intersexueller Menschen betraut ist und an einer Fortführung der bisherigen Praxis interessiert ist. Intersexuelle Menschen und ihre Organisationen wurden für die Beantwortung der kleinen Anfragen nicht gehört. Auch verfügbare Erkenntnisse aus unabhängigen psychologischen Studien zur Situation intersexueller Menschen³ - mit aus Sicht der Betroffenen katastrophalen Ergebnissen - wurden dort nicht einbezogen.

Ebenfalls verschiedene von intersexuellen Menschen durchgeführte Studien zu der metabolischen, d.h. den Stoffwechsel betreffenden, Situation von Personen, die im Zuge der gegengeschlechtlichen Zwangszuweisung mit paradoxen Hormonersatztherapien behandelt wurden, wurden nicht zur Kenntnis genommen.⁴ So werden regelmäßig Mädchen und junge zwischengeschlechtliche Frauen vor Abschluss ihrer körperlichen Entwicklung kastriert und anschließend ausschließlich mit nicht altersgerechten kontrazeptiven⁵ oder post- oder menopausalen⁶ oder gar paradoxen⁷ Hormonersatztherapien behandelt. Die ohne medizinisches Spezialwissen leicht erkennbaren fatalen Konsequenzen aus diesem medizinischen Handeln für die betroffenen Kinder, Mädchen und Frauen werden von der Bundesregierung weder eruiert, noch finden sie in den Berichten der Bundesregierung Erwähnung.

Die ausdrücklich von Tz. 61 und 62 der Concluding Observations vom 10.02.2009 (Az. CEDAW/ C/DEU/CO/6) des CEDAW-Ausschuss in Bezug auf Deutschland unterstützte Forderung des Vereins Intersexuelle Menschen e. V. nach einem Dialog mit der Bundesregierung ist von dieser bisher noch nicht durch die zuständigen Ministerien aufgegriffen worden.

Art. 3 Abs. 3 des deutschen Grundgesetzes verbietet die Diskriminierung u. a. auf Grund des Geschlechts. In 2009 gab es eine Initiative der Bundesländer Hamburg, Bremen und Berlin, Art. 3 Abs. 3 GG zu ergänzen um das Verbot der Diskriminierung ausdrücklich auch bzgl. der sexuellen Identität. Der Begriff der sexuellen Identität bezieht sich sowohl auf die Sexualpräferenz als auch auf die Geschlechtsidentität. Diese Initiative fand leider keine Mehrheit im Bundesrat.

Laut S. 59 des 5. Staatenberichts zum Sozialpakt konzentriert sich die Bundesregierung seit der Gesundheitsreform des Jahres 2000 u. a. auf die Stärkung von Gesundheitsförderung und

³ Gemeint ist hier z.B. die Forschergruppe Intersexualität unter der Leitung von Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt am Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Sexualwissenschaften, Universitätsklinikum Hamburg (sowie auch die Hamburger Evaluationsstudie).

⁴ Siehe z.B. die folgenden Studien: (1) Effects of Testosterone Treatment in a Female Assigned Subject with Swyer-Syndrome after 30 Years - A Self Report, Universitäts- Klinik Lübeck Kreuzer/ Kreuzer et.al 2006; (2) Consequences of low level sex hormone substitution in young intersex females", Clüßerath et.al. 2001; (3) Consequences of sex hormone substitution Intersexualität zerrissen zwischen Wissenschaft und Realität, Universität Lüneburg, DGSS u. DGSS- Institut, Clüßerath et.al. 2004

⁵ geringst dosierte synthetische Hormone zur Schwangerschaftsverhütung.

⁶ gering dosierte Hormone zur Behandlung von Alterserscheinung der älteren Frau

⁷ gegengeschlechtliche Hormongaben zur Unterdrückung der körpereigenen Wachstumspotentiale und damit zur Entwicklung der medizinisch erwünschten sekundären Geschlechtsmerkmale des Zielgeschlechtes (Körperbehaarung, Stimmveränderung, Muskelmasse etc). Allerdings gelingt dies, infolge der kerngeschlechtlichen Determination immer nur sehr unvollständig.

Selbsthilfe sowie auf die Erweiterung von Patientenrechten und Patientenschutz; das begrüßt der Verein Intersexuelle Menschen e. V. und erwartet hierzu konkret vor allem die vollständige Umsetzung der Informierten Einwilligung (Tz. 8 Allgem. Kommentar Nr. 14 zum Menschenrecht auf Gesundheit) und die vollständige Bezahlung durch die Krankenkassen bzgl. notwendiger med. Behandlungen, insbesondere der Folgebehandlungen der aus der bisherigen Behandlung ohne med. Standard entstandenen Gesundheitsschäden, darunter vor allem auch der dem biologischchromosomalen Geschlecht entsprechenden Hormonersatztherapie.

Am 12.02.2010 wurde im Bundesrat ein Gesetzentwurf (Drucksache 867/09) der Bundesländer Baden-Württemberg und Hessen eingebracht für einen neuen §226a Strafgesetzbuch (StGB), welcher für die Verstümmelung des weiblichen Genitals durch Beschneidung oder auf andere Weise Gefängnisstrafen vorsieht, die über denen für einfache Körperverletzung (§223 StGB) und gefährliche Körperverletzung (§224 StGB) liegen.

Nach der Gesetzesbegründung wird der neue §226a StGB vor allem auch vor der teilweisen oder vollständigen Entfernung der Klitoris schützen. Die Gesetzesbegründung bezieht sich hauptsächlich auf den Schutz vor Genitalverstümmelungen mit religiösem Vorwand, sieht den Anwendungsbereich aber nicht darauf beschränkt, sondern bezieht sich auch auf Schönheitsoperationen. Laut der Gesetzesbegründung kann nach §228 StGB in „Schönheitsoperationen“ an der Klitoris bereits heute nur wirksam eingewilligt werden, soweit diese nicht mit einem Verlust der Sensitivität verbunden sind. Die bloße Beschneidung der männlichen Vorhaut hingegen fällt ausdrücklich nicht unter §226a StGB. Am 12.02.2010 wurde die Gesetzesinitiative vom Plenum des Bundesrats beschlossen und ging an die Bundesregierung zur Stellungnahme, bevor sie dem Bundestag zugeleitet wurde. Seit dem 24.03.2010 liegt der Gesetzentwurf (Drucksache 17/1217) dem Bundestag vor, welcher über ihn aber noch nicht beraten oder entschieden hat.

Die Berichterstatterinnen begrüßen die Initiative für den neuen §226a StGB als einen wichtigen Schritt für eine stärkere Abschreckung und Strafverfolgung gegen die Verstümmelung weiblicher Genitalien. Die Klarstellung in der Gesetzesbegründung zu §228 StGB kann für die intersexuellen Menschen zu einer entscheidenden Hilfe werden, deren Genital amputiert wurde oder auf Grund der Operationsmethode seine Sensitivität verloren hat, damit die an ihnen verübten Rechtsverstöße geahndet werden.

Es fehlt jedoch eine Klarstellung, dass die neue Vorschrift auch Genitalien schützt, bei denen nicht alle Merkmale (Größe, Verlauf der Harnröhre, Schwellkörper) eine klare Einstufung als Penis oder als Klitoris ermöglichen. Somit fehlt hinreichende Rechtsklarheit, ob die neue Strafvorschrift alle intersexuellen Menschen schützen wird, deren Genital ohne ihre eigene Einwilligung verändert wurde.

Am 23.06.2010 hat der deutsche Ethikrat eine offizielle Anhörung im Rahmen des „Forums Bioethik“ durchgeführt zur Intersexualität, an welcher zwei der Berichterstatterinnen für den Verein Intersexuelle Menschen e. V. teilgenommen haben. Der deutsche Ethikrat ist beratendes staatliches Gremium für ethische Fragen der Lebenswissenschaften, welches aus eigener Initiative sowie auf Anforderung des Bundestags oder der Bundesregierung tätig wird. Die Anhörung durch den deutschen Ethikrat ist aber mit einem offiziellen Zugehen der zuständigen deutschen Bundesministerien auf die Verbände der intersexuellen Menschen noch nicht vergleichbar.

Der deutsche Ethikrat hat die Anhörung am 23.06.2010 unter den folgenden Fragestellungen durchgeführt:

- Wie verhalten sich korrigierende oder angleichende Eingriffe im Kindesalter mit entsprechenden lebenslangen Folgen für die Betroffenen zum Recht auf physische und

- psychische Unversehrtheit und Selbstbestimmung?
- Was spricht gegen eine Vielfalt von Körpern, Geschlechtsidentitäten und Rollenverhalten?
 - Welche Verantwortung trägt die Gesellschaft im Umgang mit dem Anderssein? Ist die Politik gefordert?
 - Welche Erfahrungen und Bedürfnisse haben Betroffene, und welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus ableiten?

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) vom 18.08.2006 verbietet die Diskriminierung wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität. Die Diskriminierungsverbote auf Grund des Geschlechts und auf Grund der sexuellen Identität (§1 AGG) schützen offensichtlich auch intersexuelle Menschen, was auch durch die offiziellen Erläuterungen der staatlichen Anti-Diskriminierungsstelle bestätigt wird. Dazu gehört auch das Verbot der Diskriminierung bzgl. der sozialen Sicherheit und der Gesundheitsdienste (§2 Nr. 5 AGG). Der Anwendungsbereich des Gesetzes erstreckt sich auf den beruflichen Bereich (§6 AGG) sowie auf privatwirtschaftliche Versicherungsverträge und auf zivilrechtliche Schuldverhältnisse im Massengeschäft (§19 Abs. 1 AGG). Nach den offiziellen Erläuterungen der staatlichen Anti-Diskriminierungsstelle umfasst §19 Abs. 1 AGG neben allen privatwirtschaftlichen Versicherungen auch die staatliche Sozialversicherung. Die in Abschnitt 4 dieses Parallelberichts als Verstöße gegen Art. 9 Sozialpakt geltend gemachten Schlechterstellungen von zwischengeschlechtlichen Menschen durch Versicherungen sind damit zugleich auch Verstöße gegen das AGG, sodass das AGG zu einem wichtigen Instrument werden kann, um die Diskriminierungen gegenüber als intersexuell klassifizierten Menschen im Bereich der Krankenversicherung zu beenden.

Die schlimmsten Menschenrechtsverletzungen an zwischengeschlechtlichen Menschen geschehen jedoch durch den medizinischen Umgang mit ihnen, was nicht in den Anwendungsbereich des AGG fällt.

2. Recht auf Teilhabe an den Errungenschaften des wissenschaftlichen Fortschritts (Art. 15 Abs. 1 lit. b + Abs. 2 Sozialpakt)

Die medizinische und psychische Behandlung intersexueller Menschen orientiert sich an den Geschlechtstheorien des Prof. Dr. John Money (USA) aus den 50er Jahren sowie deren Abwandlungen⁸. Diese Theorie besagt: Wenn man an Kindern mit medizinischen Mitteln, möglichst früh im Leben eine dem Zielgeschlecht entsprechende Genitalplastik herstellt und /oder darüber hinaus die persönlichkeitsverändernde Wirkung von Geschlechtshormonen einsetzt, dass dann eine (Um-) Erziehung in die favorisierte, fremdbestimmte geschlechtliche Sozialisation erfolgreich sein wird.

2.1 Die menschenrechtsverletzenden Geschlechtertheorien nach Prof. Dr. John Money

Die Theorien des Prof. Dr. John Money und ihre Abwandlungen, obwohl schon lange in grausiger Weise zum Beispiel durch den Fall David Reimer⁹ widerlegt, sind auch heute noch aktueller Inhalt der medizinischen Fach- und Lehrliteratur. Zu den daraus resultierenden Lehrinhalten der Ausbildung von Mediziner/innen ist an dieser Stelle klar festzuhalten, dass mit diesen Lehrinhalten Verstöße gegen Menschenrechte und in der Folge auch andere Rechtsverstöße verbunden sind. Publikationen wie die von Prof. Dr. John Money und

⁸ Die moderneren Abwandlungen beziehen sich nur auf eine Perfektionierung der eingesetzten medizinischen Mittel

⁹ z.B. http://de.wikipedia.org/wiki/David_Reimer

Abwandlungen sind damit als Aufforderung und Anleitung zum Menschenrechtsbruch zu verstehen.

In den späten 1950er Jahren begann die auf die „Zeitfenster-Theorie“ gestützte experimentelle chirurgische Geschlechtsangleichung „intersexueller“ Kleinkinder. Diese „Zeitfenster-Theorie“ wurde von dem Psychiater Prof. Dr. John Money von der Universität Baltimore entwickelt und besagte, dass die Geschlechtsidentität bis zu einem bestimmten Alter, welches irgendwo zwischen 6 Monaten und 2 Jahren nach der Geburt liege, unbestimmt sei und daher anerzogen werden könne, wenn das körperliche Erscheinungsbild innerhalb dieses Zeitfensters eindeutig chirurgisch dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zugewiesen werde.

Anfang der 1970er Jahre wurde die Geschlechtszuweisung sowohl in der damaligen DDR als auch in der Bundesrepublik Deutschland zum medizinischen Standard erklärt, obwohl keine wissenschaftlichen Beweise erbracht wurden, durch die Berühmtheit des Falls eines einzigen kanadischen Jungen, David Reimer (unter dem Pseudonym „John/Joan-Fall“). Dieser war körperlich eindeutig männlich geboren und hatte durch einen Unfall im Kleinkindalter seinen Penis verloren. Auf den Rat von Prof. Dr. John Money erhielt er keine männliche Rekonstruktionsplastik, sondern er wurde zum Mädchen umoperiert einschließlich der Entfernung seiner gesunden Hoden und entsprechend erzogen. Aufgrund positiver Kurzzeituntersuchungen dieses einen Falls entstand der scheinbare Standard zur operativen Geschlechtszuweisung für intersexuelle Kleinkinder und für Jungen mit unfallbedingtem Penisverlust im Kleinkindalter.

Da nur ein einziger Fall die Grundlage von dessen Durchsetzung bildete und nicht eine ausreichende Zahl von nachweislich erfolgreichen Langzeitexperimenten, ist er über das Experimentierstadium nie hinausgewachsen, hat für über 30 Jahre eine Illusion eines Standards geschaffen, obwohl es sich ohne Unterbrechung weiterhin um Menschenversuche gehandelt hat.

Selbst dieser eine Fall hat sich als Misserfolg herausgestellt. Im Jahr 1994 fand der Sexualwissenschaftler Prof. Dr. Milton Diamond (Universität Hawaii) heraus, dass der damals ohne seine eigene Einwilligung umoperierte Junge seit 1980 wieder in der männlichen Rolle lebte, und auf eigenes Drängen, soweit es medizinisch noch möglich war, wieder zum männlichen Geschlecht angeglichen worden war. 1997 wurde die Wahrheit über seinen Fall der Weltöffentlichkeit vorgestellt. Im Jahr 2000 beging erst der normal aufgewachsene Zwillingbruder und dann in 2004 der damals unter dem „John/Joan-Fall“ berühmt gewordene David Reimer Selbstmord (*siehe hierzu auch der dem Parallelbericht der Vereins Intersexuelle Menschen e. V. zum 6. Staatenbericht Deutschlands zu CEDAW beigefügt gewesene Text von Prof. Dr. Milton Diamond*).

Prof. Dr. John Money hat in seiner „Zeitfenster-Theorie“ die Geschlechtsidentität (welchem Geschlecht sich jemand zugehörig fühlt) mit dem Geschlechtsrollenverhalten verwechselt. Das Rollenverhalten, also ob sich jemand so verhält, wie es für einen Jungen oder ein Mädchen typisch ist, kann anerzogen werden, nicht aber die Geschlechtsidentität.

Nach dem rechtlich nie zum „Standard“ gewordenen Massenexperiment nach Prof. Dr. John Money muss die Herstellung eines geschlechtlich eindeutigen Aussehens innerhalb des „Zeitfensters“ erledigt sein. Viele medizinische Texte stufen den Entscheidungsfindungsprozess der Eltern bzgl. deren Einwilligung zu geschlechtszuweisenden Operationen an ihren Kleinkindern als medizinischen Notfall ein. Prof. Dr. Money befürchtete, dass die Eltern traumatisiert sein könnten, wenn sie ihr Kind mit intersexuellem Genital sehen und es dann nicht annehmen würden. Oft werden den Eltern nach diesem nie zum Standard gewordenen Konzept von Prof. Dr. Money unvollständige

bzw. sogar falsche Informationen über die genaue biologische Beschaffenheit des Kindes und über die genaue Art und Weise der medizinischen Behandlung und deren experimentellen Charakter vermittelt. So wurde empfohlen, den Eltern mitzuteilen, ihr Kind sei geschlechtlich unvollständig auf die Welt gekommen, und die Medizin könne es vervollständigen. Diese „Lehrmeinung“, die keine ist, hält sich hartnäckig bis zum heutigen Tage, obwohl es sehr wohl andere Lehrmeinungen gab. So vertrat bereits 1957 und 1961 Prof. Dr. Overzier, das die Entfernung der Gonaden z.B. bei AIS unnötig, ja sogar schädlich sei.

Das Forschungsnetzwerk Intersexualität DSD in Lübeck tritt heute gegen den falschen Anschein eines medizinischen Notfalls und für eine bessere Informierung der Eltern ein und grenzt sich so in erheblichem Maße von Prof. Dr. Money ab. Es fehlt aber weiterhin ein Bekenntnis zum Recht der zwischengeschlechtlichen Menschen selbst auf die informierte Einwilligung. Und die Empfehlungen des Forschungsnetzwerks sind noch längst nicht Realität in allen Kliniken.

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin aus dem Jahr 2007 erkennen ebenfalls an, dass Zwischengeschlechtlichkeit an sich kein medizinischer Notfall ist. Sie sehen die Behandlungsentscheidung ausdrücklich bei den Eltern.

Die am 16.08.2006 veröffentlichten internationalen DSD Guidelines sagen, dass den Eltern mehr Zeit zur Entscheidungsfindung gelassen werden solle in den Fällen von Intersexualität, in welchen kein medizinischer Notfall vorliege.

In Deutschland haben sich die Mediziner also bereits deutlich gegenüber der von Prof. Dr. Money ausgegangenen missbräuchlichen Interpretation des medizinischen Notfalls distanziert. Den Eltern wird aber auch in Deutschland immer noch nicht unmissverständlich deutlich gemacht, dass kein medizinischer Standard existiert. Auch die deutschen Mediziner wollen weiterhin den Eltern die Entscheidung über irreversible geschlechtsverändernde Eingriffe an ihren zwischengeschlechtlichen Kleinkindern aufbürden. Das ist jedoch keine informierte Einwilligung, denn die kann, weil ein uneindeutiges körperliches Geschlecht kein medizinischer Notfall ist, nur der intersexuelle Mensch selbst treffen. Damit verstoßen die DSD Guidelines gegen Tz. 8 des Allgemeinen Kommentars Nr. 14 zum Sozialpakt und infolge dessen gegen das Menschenrecht auf Gesundheit (Art. 12 Sozialpakt).

Auch die DSD Guidelines sind kein medizinischer Standard, da sie sich ebenso wie das Konzept von Prof. Dr. Money nicht auf eine hinreichende Zahl erfolgreicher Langzeitexperimente stützen können. Es handelt sich weiterhin um Menschenversuche (Tz. 8 Allgem. Kommentar Nr. 14, Art. 12 Sozialpakt, Art. 7 S. 2 Zivilpakt). Die DSD Guidelines stützen sich darüber hinaus zum Teil auf bereits widerlegte Studien. Die Verbände der zwischengeschlechtlichen Menschen waren in der „Consensus Group“, welche die DSD Guidelines erarbeitet hat, deutlich unterrepräsentiert im Vergleich zu den Vertretern aus den medizinischen Berufsgruppen. Selbst wenn es ein demokratisches ausgewogenes Zahlenverhältnis gewesen wäre, könnten die DSD Guidelines trotzdem kein Standard sein mangels hinreichender erfolgreicher Langzeitexperimente. Fehlende wissenschaftliche Erkenntnisse kann man nicht durch demokratische Abstimmungen ersetzen.

Der rechtliche Rang der DSD Guidelines ebenso wie von Prof. Dr. Money's Konzept ist höchstens der von Gepflogenheiten, eher der von Praktiken, da es keine wirksamen med. Standards sind. Da mit stehen sie unterhalb der einfachen Gesetze und unterhalb jeglichen Völkerrechts (Art. 27 Wiener Vertragsrechtskonvention), erst recht unterhalb der zum „ius cogens“ gehörenden Menschenrechte der Vereinten Nationen (Art. 28 AEMR). Damit müssen sämtliche Behandlungskonzepte insoweit unangewendet bleiben, wie sie mit den universellen Menschenrechten nicht vereinbar sind.

Die Berichterstatte(r)innen bemängeln die Verstöße der Bundesrepublik Deutschland gegenüber dem Recht zur Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt (Art. 15 Abs. 1 lit. b Sozialpakt) auch insoweit, wie es um die aktive Verbreitung des neuesten Forschungsstandes über das Scheitern von Prof. Dr. Money's „Zeitfenst(er)theorie“ geht. Die Berichterstatte(r)innen sehen eine aktive Schutz- und Gewährleistungspflicht der Bundesregierung (Art. 15 Abs. 2 CESCR) zu den für die Verbreitung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse notwendigen Maßnahmen, vor allem, wenn, wie hier, die betroffenen Berufsstände dies nicht von sich aus in hinreichendem Maße tun, und aus dieser Unterlassung die fortwährende Verletzung zahlreicher anderer Menschenrechte resultiert.

Die wissenschaftliche Erkenntnis von Prof. Dr. Milton Diamond und Ph. D. Hazel Glenn Beh (siehe Anhang des Parallelberichts von Intersexuelle Menschen e. V. zum 6. Staatenbericht Deutschlands zu CEDAW), dass kein Behandlungsstandard für die Geschlechtsangleichung zwischengeschlechtlicher Menschen existiert, weil eine Behandlung rechtlich nur dann zum Behandlungsstandard werden kann, wenn für sie zuvor eine hinreichende Zahl erfolgreicher Langzeitversuche nachgewiesen werden kann, und dass diese für Prof. Dr. Money's Theorie nicht existieren, hat noch nicht zu den entsprechenden Konsequenzen in der medizinischen Behandlungspraxis geführt. Insbesondere, weil den Eltern in den meisten Fällen immer noch weder mitgeteilt wird, dass die medizinische Geschlechtsangleichung ein Experiment, ist, noch, wie die Menschenrechtslage zum Schutz ihres Kindes aussieht (entgegen Rn. 44 Allgem. Kommentar Nr. 14 zum Recht auf Gesundheit).

Hier wird die Teilhabe an den Errungenschaften des medizinischen Erkenntnisfortschritts einer geschlechtlich identifizierbaren Minderheit durch Mediziner verweigert, mit schwerwiegendsten Folgen insbesondere für die Menschenwürde (Art. 1 AEMR), das Verbot uneingewilligter Menschenversuche (Art. 7 S. 2 Zivilpakt) und das Menschenrecht auf Gesundheit (Art. 12 CESCR). Das ist zugleich ein klarer Verstoß gegen die staatlichen Schutz- und Gewährleistungsverpflichtungen aus Art. 2 Abs. 2 Sozialpakt, wonach es darf bei keinem der Rechte des Sozialpaktes Benachteiligungen auf Grund des Geschlechts oder der Geburt geben darf.

Die informierte Einwilligung wird genauer erläutert im Abschnitt dieses Parallelberichts zum Menschenrecht auf Gesundheit.

2.2 Veraltete Fachliteratur

Die mangelnde Einarbeitung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands über die vorgeburtliche geschlechtliche Entwicklung des Menschen lässt immer noch Raum für geschlechtlich bedingte Diskriminierung, insbesondere für die Falschinformation, dass zwischengeschlechtlich geborene Menschen unvollständig wären, und dass die Medizin sie nur vervollständigen würde.

In medizinischen Lehrbüchern ebenso wie in Aufklärungsbüchern findet sich auch heute oft noch die falsche Darstellung, dass der Mensch bis zur 7. Schwangerschaftswoche vom Erscheinungsbild weiblich sei. Tatsächlich liegen aber bei allen Menschen bis zur 7. Woche die undifferenzierten Vorstufen der inneren Geschlechtsorgane beider Geschlechter (u. a. Wolffsche Gänge und Müllersche Gänge sowie die Vorstufe von Hoden und Eierstöcken) vor. Auch die äußeren Geschlechtsorgane bedürfen bis zur Geburt noch einer hochkomplexen Differenzierung in die männliche oder weibliche Richtung. Bis zur siebten Schwangerschaftswoche sind alle Menschen vom äußeren Erscheinungsbild und von den Vorstufen der inneren Geschlechtsorgane her intersexuell. Erst ab der 12. Schwangerschaftswoche entwickelt sich der Mensch in den männlich oder weiblich definierten Bereich, wobei intersexuelle Menschen bei ihrer weiteren körperlich-

geschlechtlichen Entwicklung bis zur Geburt einen mehr oder minder undifferenzierten Status beibehalten. Die Information über die Beschaffenheit des Menschen bis zur 7. Schwangerschaftswoche ist von erheblicher Bedeutung zur Beendigung aller geschlechtlich begründeten Diskriminierungen bzgl. aller Menschenrechte, nicht nur gegenüber zwischengeschlechtlichen Menschen.

In Teilen der medizinischen Fach- und Lehliteratur wird zwischengeschlechtlichen Menschen unterstellt, dass sie zu Dissozialität neigen, psychisch labil und häufig mental retardiert seien.

Die intersexuellen Berichterstatterinnen bewerten diese Pauschalaussagen als mit ihrer Würde als Mensch (Art. 1 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte) nicht vereinbar und sehen das zuständige Ministerium nach Art. 15 Abs. 1 lit. b + Abs. 2 Sozialpakt in der Verantwortung, eine Streichung dieser wissenschaftlich unhaltbaren Pauschalisierungen durchzusetzen.

Auf S. 88 des 5. Staatenberichts zum Sozialpakt verweist die Bundesregierung auf ein umfangreiches Sortiment von Broschüren und Aufklärungsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), welches sich speziell an Kinder und Jugendliche wendet. Die Berichterstatterinnen sehen es als einen geeigneten Weg zur Gewährleistung des Menschenrechts auf Teilhabe an den Errungenschaften des wissenschaftlichen Fortschritts an, wenn die Bundesregierung für die Verbreitung über die BzgA an die Öffentlichkeit, in Zusammenarbeit mit den NGOs der zwischengeschlechtlichen Minderheit gesundheitliches Aufklärungsmaterial über Zwischengeschlechtlichkeit entwickeln würde, welches dem neuesten Erkenntnisstand insbesondere auch hinsichtlich der Medizinethik, der Menschenrechtsslage und der vorgeburtlichen Entwicklung des Menschen entspricht.

Was die Aus- und Fortbildung von Mediziner/innen angeht, ist die Bundesregierung aus Sicht der Berichterstatterinnen verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass Mediziner/innen umfassend informiert werden und ihrerseits sicherstellen, dass Eltern intersexueller Kinder umfassend und aus verschiedenen Perspektiven unter Einbeziehung von Kollegen anderer Disziplinen und von Beratern der Selbsthilfe umfassend informiert werden, wozu jeweils auch eine Aufklärung über das Menschenrecht auf Gesundheit (Art. 12 CDESCR, Art. 12 CEDAW, Art. 24 CRC) gehören muss (Tz. 44 Allgem. Kommentar Nr. 14). So werden die intersexuellen Menschen selbst in die Lage versetzt, eine informierte Entscheidung in Einklang mit Tz. 8 des Allgemeinen Kommentars Nr. 14 zum Menschenrecht auf Gesundheit zu treffen.

2.3 Fehlende Teilhabe an den Errungenschaften wissenschaftlichen Fortschritts durch Off-Label-Use von Medikamenten

Da es weltweit keine offiziellen Medikamentenzulassungen für die paradoxe (chromosomal gegengeschlechtliche) Hormontherapie (HT) zwischengeschlechtlicher Menschen gibt, werden diese Medikamente für zwischengeschlechtliche Menschen off-label verordnet. Viele Menschen wissen auch gar nicht, dass sie zwischengeschlechtlich geboren worden sind und off-label behandelt werden. Dies beides hat zur Folge, dass Medikamentenhersteller fast keine Rückmeldungen darüber erhalten bzgl. Bedarf und Verträglichkeit ihrer Medikamente bei zwischengeschlechtlichen Menschen. So bleiben die zwischengeschlechtlichen Menschen bei der Weiterentwicklung der Hormonpräparate unberücksichtigt.

Das kann sogar dazu führen, dass für sie verträglichere Medikamente durch solche mit mehr Nebenwirkungen ersetzt werden, weil die Forschung nur die Verträglichkeit für die Mehrheit der Frauen oder Männer berücksichtigt.

Hier wird eine ganze Bevölkerungsgruppe von der Teilhabe an den Errungenschaften des wissenschaftlichen Fortschritts (Art. 15 Abs. 1 lit. b CDESCR) ausgeschlossen. Zur Umsetzung dieses Menschenrechts ist der Staat zu den zur Erhaltung, Entwicklung und Verbreitung der Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen verpflichtet (Art. 15 Abs. 2 CDESCR). Zur Verbreitung gehört hier auch, eine funktionierende Kommunikation zwischen den intersexuellen Menschen und den Arzneimittelherstellern zu ermöglichen; dafür ist es auch erforderlich, alle zwischengeschlechtlichen Menschen über ihr körperliches Geburtsgeschlecht zu informieren. Für kleinere Gruppen zwischengeschlechtlicher Menschen, für welche die Medikamentenforschung keinen Profit verspricht, ist der Staat verpflichtet, selbst zu forschen oder gemeinnützige Forschungseinrichtungen zu fördern.

3. Artikel 12 (Gesundheit)

Das Menschenrecht auf Gesundheit garantiert nach Artikel 12 (1) Sozialpakt “das Recht eines Jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit”. Das gleiche gilt nach Artikel 12 CEDAW ausdrücklich auch für Frauen und nach Artikel 24 (1) der Kinderrechtskonvention (CRC) auch für Kinder. Zwischengeschlechtliche Menschen dürfen dabei nicht benachteiligt werden (Art. 2 Abs. 2 Sozialpakt). Die Gesundheit bezieht sich auf das individuelle, physische und psychische Wohlbefinden des Menschen, nicht aber auf die Erlangung einer Wohlgefälligkeit der sozialen Ordnung gegenüber, die durch medizinische Eingriffe mit weitgehend unbekanntem lebenslangen Folgen in die körperliche Integrität erreicht werden sollen. Der Staat ist außerdem verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen zur gesunden Entwicklung des Kindes zu ergreifen (Artikel 12 (2) lit. a Sozialpakt). Dazu gehört auch, es vor schädlichen, unzulässigen und ungesicherten medizinischen Behandlungen zu schützen.

3.1 Medizinische Versuche an Menschen, Verletzung der Informierten Einwilligung

Gem. Tz. 8 des Allgemeinen Kommentars Nr. 14 zum Menschenrecht auf Gesundheit schließt dieses die Freiheit ein, über die eigene Gesundheit und den eigenen Körper zu bestimmen, einschließlich der sexuellen und reproduktiven Freiheit, das Recht frei von Eingriffen zu sein und das Recht, nicht misshandelt, nicht medizinischer Behandlung oder medizinischen Versuchen ohne Einwilligung unterzogen zu werden. In Tz. 8 wird die Unteilbarkeit der Menschenrechte zum Schutz vor uneingewilligten medizinischen Versuchen, welche sowohl durch Art. 7 S. 2 Zivilpakt, als auch durch Art. 12 Sozialpakt untersagt sind, besonders deutlich. Tz. 8 beweist außerdem, dass die volle Verwirklichung des Patientenrechts auf Informierte Einwilligung unverzichtbar und unabdingbar ist zur Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit. Das Recht auf Informierte Einwilligung ist zwar nicht als eigenes Menschenrecht normiert, sondern aus einer medizinischen Tradition entstanden, aber es ist Bestandteil des Menschenrechts auf Gesundheit nach Art. 12 Sozialpakt, und, soweit es um Menschenversuche geht, auch von Art. 7 S. 2 des Zivilpaktes.

Die Berichterstatterinnen sind der Rechtsauffassung, da, wie oben dargestellt, zum Recht auf Gesundheit die sexuelle Freiheit und das Recht auf die Freiheit von medizinischen Eingriffen und von medizinischen Versuchen gehören, aus dem Menschenrecht auf Gesundheit (Art. 12 CDESCR) in Verbindung mit dem Menschenrecht auf den Schutz der Identität (Art. 8 CRC) folgt, dass niemand in das körperliche Geburtsgeschlecht eines Kindes ohne Einwilligung des Kindes selbst irreversibel eingreifen darf.

Das Patientenrecht auf Informierte Einwilligung bestimmt, dass der Patient selbst über seine Gesundheitliche Situation umfassend informiert wird, und dass der Patient selbst über die Behandlung entscheidet, was auch die Möglichkeit der Ablehnung einer Behandlung

beinhaltet. Dabei hat der behandelnde Arzt nicht nur die von ihm empfohlene Behandlungsmethode zu erläutern, sondern auch ihm bekannte Behandlungsalternativen. Eine informierte Einwilligung ist nur dann gegeben, wenn sowohl die Informierung als auch die Einwilligung korrekt erfolgt sind. Die korrekte Beachtung des Patientenrechts auf informierte Einwilligung ist in den meisten Bereichen der Medizin eine Selbstverständlichkeit. Von der informierten Einwilligung durch den Patienten selbst gibt es nur zwei Ausnahmen: den Notfall und das therapeutische Privileg. Zum Inhalt des Patientenrechts auf informierte Einwilligung wird verwiesen auf den bereits genannten Text von Prof. Dr. Milton Diamond und Ph. D. Hazel Glenn Beh.

Mangels einer ausreichenden Anzahl von Langzeit-Untersuchungen ist Prof. Dr. John Money's Behandlungsmodell nie zum Standard geworden, niemals über das experimentelle Stadium hinausgekommen, was dazu geführt hat, dass es auch heute keinen Behandlungsstandard gibt, auch wenn sich viele Mediziner heute nicht mehr auf die Person von Prof. Dr. Money berufen. Auf den Abschnitt 2.1 dieses Parallelberichts wird verwiesen. Die große Mehrheit der intersexuellen Menschen in Deutschland hat, bereits auf Grund unvollständiger bzw. falscher Informierung, keine rechtswirksame Einwilligung zu diesen an ihnen durchgeführten Menschenversuchen erteilt. Nach der Rechtsauffassung der Berichterstatterinnen ist durch die Unterlassung oder gar durch vorsätzliche falsche Aufklärung über den experimentellen Charakter und auch der medizinischen Risiken insbesondere der chirurgischen und der chromosomal gegengeschlechtlichen hormonellen Eingriffe keine rechtlich wirksame Einwilligung zustande gekommen. Intersexuellen Menschen werden außerdem über Jahrzehnte Medikamente außerhalb ihrer Zulassung verordnet. Es wird ihnen sogar gegenteilig der Eindruck vermittelt, es handle sich bei dieser Art Behandlung um einen medizinisch gesicherten Standard.

Ein Notfall ist klar definiert als eine Situation, wo der Verlust des Lebens oder der Verlust oder das Versagen eines Organs drohen, und deshalb schnell Behandlungsentscheidungen getroffen werden müssen. Auch in Notfällen dürfen andere Personen als die Betroffenen selbst nur dann entscheiden, wenn die Patienten sich nicht äußern können, z. B., weil sie das Sprechen noch nicht erlernt haben oder im Koma liegen. Dabei sind zunächst die Sorgeberechtigten und ansonsten die nächsten Verwandten zu fragen. Nur dann, wenn in einem Notfall niemand rechtzeitig gefragt werden kann, darf der behandelnde Mediziner entscheiden, soweit dies zur Rettung des Lebens oder der Funktionsfähigkeit eines Organs des Patienten erforderlich ist.

In wirklichen medizinischen Notfällen können Eltern wirksam in die Behandlung zwischengeschlechtlicher Kleinkinder einwilligen. Das ist jedoch nur in wenigen Situationen der Fall, z. B. bei einem Mangel des Hormons Aldosteron, welcher zu lebensgefährlichem Salzverlust führen kann, und welcher bei zwischengeschlechtlichen Menschen mit AGS vermehrt auftritt. Hier können die Eltern selbstverständlich für die Kinder in die zur Prävention des Salzverlustes erforderliche Hormonersatzbehandlung einwilligen.

Zur Verletzung der informierten Einwilligung im Hinblick auf Operationen am Genital und auf die Entfernung von Gonaden wird auf die nächsten beiden Abschnitte verwiesen. Das therapeutische Privileg betrifft Situationen wie bei einem Notfall, also Lebensgefahr oder drohendes Organversagen, aber bezüglich grundsätzlich einwilligungsfähiger Personen. Es gilt dann, wenn im Falle einer ordnungsgemäßen Informierung des Patienten eine hohe Wahrscheinlichkeit schwerer psychosomatischer Folgen und dadurch einer wesentlichen Verschlechterung der Gesundheit bestünde. So kann bei sehr herzinferktgefährdeten Patienten, oder Patienten, von denen andere lebensgefährliche psychosomatische Reaktionen bekannt sind, die Pflicht zur vollständigen Informierung verringert sein, es darf aber keine Anwendung des therapeutischen Privilegs außerhalb von medizinischen Notfallsituationen geben.

Das Patientenrecht auf Informierte Einwilligung ist mit dem Menschenrecht auf Gesundheit auch insoweit verbunden, als Tz. 8 des Allgem. Kommentars Nr. 14 bestimmt, dass das Gesundheitssystem die gleichberechtigte Erreichung eines Höchstmaßes an Gesundheit gewährleisten muss, und dass nach Tz. 11 insbesondere auch ordnungsgemäß über die sexuelle Gesundheit einschließlich der reproduktiven Gesundheit aufgeklärt werden muss.

Die Verletzungen des Patientenrechts auf Informierte Einwilligung und damit auch des Menschenrechts auf Gesundheit bleiben in Deutschland bis heute, unter Missachtung der Schutzpflichtdimension der Menschenrechte, in fast allen Fällen ohne rechtliche Konsequenzen, obwohl Behandlungsversuche ohne rechtsgültige Einwilligung der Versuchsperson selbst gemäß Artikel 7 S. 2 Zivilpakt und gem. Art. 12 Sozialpakt i. V. m. Tz. 8 des Allgem. Kommentars Nr. 14 untersagt sind. Intersexuelle Menschen dürfen bei der Ausübung des Menschenrechts auf Gesundheit nicht benachteiligt werden (Art. 2 Abs. 2 Sozialpakt). Dies gilt in besonderem Maße auch bei Genitalverstümmelung, Genitalamputation, Genitoplastik, Gonadenentnahme im Sinne einer ablativen Hormontherapie¹⁰ und bei Bougierung.

Nach Art. 2 Abs. 1 Sozialpakt müssen die Rechte aus dem Sozialpakt zwar nicht sofort vollständig verwirklicht werden. Wie Tz. 31 des Allgemeinen Kommentars Nr. 14 zur Gesundheit ausführt, muss deren Verwirklichung aber schnellstmöglich geschehen. Und gem. Tz. 30 muss sofort damit begonnen werden, und muss dies von Anfang an ohne Diskriminierung erfolgen, auch ohne geschlechtliche Diskriminierung (Art. 2 Abs. 2 Sozialpakt).

Der „Sofort“-Zeitpunkt im Sinne von Tz. 30 des Allgem. Kommentars Nr. 14 ist bezüglich der staatlichen Schutzpflicht für das zur Verwirklichung des Gesundheitsrechts unentbehrliche Recht auf Informierte Einwilligung aus Sicht der Berichterstatte(r)innen spätestens dann gegeben gewesen, als Mitte der 1990er Jahre immer mehr inzwischen erwachsene zwischengeschlechtliche Menschen sich über die Verletzung der Informierten Einwilligung beschwert haben, und als schließlich das Scheitern des „John/Joan“-Falles bekannt wurde. Spätestens dann hätte der Staat von sich aus die bisherige Behandlungsweise überprüfen müssen.

Je länger mit der Durchsetzung des Rechts auf Informierte Einwilligung gewartet wird, desto schwerer wird die Verletzung der staatlichen Schutzpflicht für das Menschenrecht auf Gesundheit (Tz. 49 Allgem. Kommentar Nr. 14).

Zur staatlichen Schutzpflicht für das Menschenrecht auf Gesundheit gehört gem. Tz. 35 des Allgem. Kommentars Nr. 14 ausdrücklich auch:

- Gesetze und Maßnahmen für gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsdiensten (was nicht gegeben ist, wenn bestimmten Patientengruppen das Recht auf Informierte Einwilligung verweigert wird)
- staatliche Kontrolle von medizinischen Einrichtungen (auch zur Durchsetzung geltender Menschenrechte)
- Verhinderung schädlicher traditioneller Praktiken wie Genitalverstümmelungen (Nicht wirksam eingewilligte Genitaloperationen sind mit Genitalverstümmelungen vergleichbar, insbesondere, wenn sie zum Verlust der Sensitivität oder gar des Genitals führen.)
- Verpflichtung des Staates, schutzbedürftige Gruppen wie Frauen, Kinder, Jugendliche, Ältere vor geschlechtsbezogener Gewalt zu schützen (Nicht wirksam eingewilligte

¹⁰ Die Kastration ist im engeren wissenschaftlichen Sinne bereits eine Hormontherapie, da sie die Entfernung des hormonaktiven Keimgewebes und seiner Wirkungen auf die Psychosexualität bzw. die Entwicklung der körperlichen Anlagen zum Ziele hat. Sie wird neben intersexuellen Frauen insbesondere bei Sexualstraftätern angewandt.

Operationen an Genital oder Gonaden von zwischengeschlechtlichen Kleinkindern sind geschlechtsbezogene Gewalt.)

- Sicherstellung, dass Dritte den Zugang zu Gesundheitsinformation und zu Gesundheitsdiensten nicht beeinträchtigen

Tz. 51 des Allgemeinen Kommentars Nr. 14 nennt als Beispiele für die Verletzung der Schutzpflicht für das Menschenrecht auf Gesundheit ausdrücklich:

- Versäumnis des Staates, alle notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um innerhalb seines Hoheitsgebiets vor Verletzungen des Menschenrechts auf Gesundheit durch Dritte zu schützen
- darunter auch das Versäumnis, Dritte so zu regulieren, dass Menschenrechtsverletzungen durch Dritte verhindert werden
- Versäumnis, Konsumenten und Arbeiter vor gesundheitsschädlichen Praktiken, u.a. durch Arzneimittelhersteller zu schützen
- Versäumnis, fortgesetzten gesundheitsschädlichen traditionellen medizinischen Praktiken entgegenzutreten (Die experimentelle Behandlung körperlich-geschlechtliche Zuweisung ist eine solche gesundheitsschädliche medizinische Praktik, noch nicht einmal eine Gepflogenheit, wie dies bei einem gültigen medizinischen Standard der Fall wäre.)

Die Verletzungen des Menschenrechts auf Gesundheit gegenüber zwischengeschlechtlichen Menschen sind zugleich auch Verletzungen des Diskriminierungsverbots auf Grund des tatsächlichen oder vermeintlichen Gesundheitsstatus (Art. 2 Abs. 2 Sozialpakt, Tz. 33 des Allgem. Kommentars Nr. 20 zum Diskriminierungsverbot des Sozialpakts).

3.2 Gonadenentnahme (Kastration)

Zu den bis heute empfohlenen und durchgeführten Praktiken gehört die Entnahme der Gonaden (Hoden, Eierstöcke oder Mischformen) bei intersexuellen Menschen, insbesondere bei AIS, bei gemischten Gonaden und bei echten Hermaphroditen. Trotz fehlender medizinischer Indikation werden bis zum heutigen Tag anstelle regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen auch gesunde Keimdrüsen entfernt, aus Angst, es könnte ein erhöhtes Krebsrisiko bestehen. Hierzu wird nur die Einwilligung der Eltern, nicht aber die der intersexuellen Kinder selbst eingeholt. Eine rechtswirksame Einwilligung der Eltern ist in diesen Fällen aber nur dann möglich, wenn tatsächlich bereits ein Tumor entstanden ist, weil nur dann ein Notfall vorliegt. Nur die Heilung einer tatsächlich vorliegenden lebensgefährlichen Krankheit kann die Entnahme eines erkrankten Organs rechtfertigen.

Die bloße Gefahr einer Krebserkrankung hingegen ist kein Notfall, sodass in die allermeisten Gonadenentnahmen zu Lasten zwischengeschlechtlicher Kleinkinder keine wirksame Einwilligung der Eltern und damit eine Verletzung des Menschenrechts auf Gesundheit vorliegt (Art. 8, 11, 24 und 44 Allgem. Kommentar Nr. 14).

Spätestens die Studie von Prof. Loin Jenga, wonach das Krebsrisiko bei verschiedenen Gruppen von zwischengeschlechtlichen Menschen sehr gering ist, hätte zu einem Stop sämtlicher Entnahmen zwischengeschlechtlicher Gonaden, bei denen kein Tumor vorliegt, führen müssen.

Eltern werden diese Maßnahmen von behandelnden Ärzten vorgeschlagen, eine Zustimmung der betroffenen Kinder wird nicht eingeholt. Ihre natürliche Entwicklung wird nicht abgewartet. Intersexuelle Menschen und deren Eltern werden in der Mehrzahl falsch oder gar nicht über die Folgen der Kastrationen und der wissenschaftlich ungesicherten Hormonersatztherapien aufgeklärt. Die Kastration sowie die damit unausweichlich verbundene paradoxe Hormonersatztherapie werden von vielen Betroffenen als ein Eingriff in die elementarsten Menschen- und Persönlichkeitsrechte empfunden.

Die unaufgeklärte Kastration Minderjähriger und Erwachsener, wie sie bis zum heutigen Tage in der Bundesrepublik Deutschland an intersexuellen Menschen praktiziert wird, verstößt nach Rechtsauffassung der Berichterstatterinnen darüber hinaus gegen die Menschenwürde (Art. 1 AEMR). Es ist, abgesehen von der Folter, kaum ein schwererer körperlicher Angriff auf die Menschenwürde denkbar als eine medizinisch unnötige Kastration.

Es ist zugleich auch eine schwere Verletzung des Menschenrechts auf Gesundheit (Art. 12 Sozialpakt), welches nach Tz. 8 des Allgem. Kommentars Nr. 14 insbesondere auch das Recht auf eine eigene Sexualität, das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper einschließlich der Geschlechtlichkeit und des Erhalts der Fortpflanzungsfähigkeit enthält, sowie des Rechts auf eine gesunde Entwicklung des Kindes (Art. 12 Abs. 2 lit. a Sozialpakt).

Es liegt außerdem ein besonders schwerer Verstoß gegen Art. 2 Abs. 2 des Sozialpaktes vor angesichts der schweren geschlechtlichen Diskriminierungen bzgl. des Menschenrechts auf Gesundheit, denn bei anderen Patientengruppen, insbesondere bei Personen mit mutmaßlich erhöhter Krebsgefahr - ist nicht die Organentnahme, sondern die Empfehlung frühzeitigerer Vorsorgeuntersuchungen üblich. Niemand käme ernsthaft auf die Idee, einem Raucher präventiv Teile der Lunge zu amputieren. Diese Verstöße werden in der Bundesrepublik Deutschland bislang nicht verfolgt. Der staatliche Schutz wird den zwischengeschlechtlichen Menschen vorenthalten.

Die Verstöße gegen das Menschenrecht auf Gesundheit hinsichtlich der Kastrationen im Kleinkindalter beziehen sich vor allem auf:

- die Einwilligung durch die Eltern, obwohl kein medizinischer Notfall vorliegt, und damit die Verletzung der Informierten Einwilligung (Tz. 8 Allgem. Kommentar Nr. 14)
- die Hinnahme von medizinischen Behandlungsweisen, welche das für den jeweiligen Menschen erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit verhindern statt gewährleisten (Tz. 8, 37 und 48 Allgem. Kommentar Nr. 14)
- mangelnde Aufklärung über sexuelle und reproduktive Gesundheit (Tz. 11 Allgem. Kommentar Nr. 14)
- Hinnahme inakzeptabler medizinischer Behandlungen (Tz. 12 Allgem. Kommentar Nr. 14)
- Missachtung des Vorrangs des Kindeswohls bei allen Maßnahmen zur Verwirklichung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Tz. 24 Allgem. Kommentar Nr. 14)

3.3 Genitalamputation

Eine vergrößerte Klitoris oder ein Mikropenis bedeuten weder Lebensgefahr noch die Gefahr eines Organversagens und damit auch keinen medizinischen Notfall. Damit können Eltern nicht wirksam in die Genitaloperationen an zwischengeschlechtlichen Kleinkindern einwilligen. Geschieht eine solche Einwilligung dennoch, handelt es sich um einen Verstoß gegen Art. 12 Sozialpakt i. V. m. Tz. 8 des Allgemeinen Kommentars Nr. 14 zum Sozialpakt.

Der medizinische Betrieb behauptet, soweit zu sein, dass eine vergrößerte Klitoris verkürzt werden kann, ohne die Sensitivität und damit die Libido zu zerstören. Bis etwa 1986 jedoch wurde eine als zu groß eingestufte Klitoris noch üblicherweise amputiert. Das ist eine Praxis, die an die Beschneidung von Frauen (Tz. 21, 22, 35, 36, 37 und 51 Allgem. Kommentar Nr. 14) erinnert. Dieses lebenszerstörerische Prozedere wird nach wie vor an Kindern mit uneindeutigem Genital vollzogen, obwohl ihre Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist, und niemand mit Bestimmtheit sagen kann, ob diese Entscheidung auch nur annähernd richtig ist. Darüber hinaus wird beispielsweise der mit der Klitorisamputation einhergehende Empfindungsverlust im Rahmen einer Behinderung geringer bewertet, als dies beim Verlust der männlichen Eichel - sogar in Teilen - bewertet wird.

Dies verstößt nach Ansicht der Berichterstatte(r)innen vor allem gegen die Menschenwürde (Art. 1 AEMR) und gegen das Menschenrecht auf Gesundheit (Art. 12 Sozialpakt) sowie das Verbot der geschlechtlich oder geburtlich bedingten Diskriminierung (Art. 2 Abs. 2 CESCR) bzgl. der Menschenrechte des Sozialpaktes.

Die Verstöße gegen das Menschenrecht auf Gesundheit hinsichtlich der Genitaloperationen im Kleinkindalter beziehen sich vor allem auf:

- die Einwilligung durch die Eltern, obwohl kein medizinischer Notfall vorliegt, und damit die Verletzung der Informierten Einwilligung (Tz. 8 Allgem. Kommentar Nr. 14)
- die Hinna(h)m(e) von medizinischen Behandlungsweisen, welche das für den jeweiligen Menschen erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit verhindern statt gewährleisten (Tz. 8, 37 und 48 Allgem. Kommentar Nr. 14)
- mangelnde Aufklärung über sexuelle und reproduktive Gesundheit (Tz. 11 Allgem. Kommentar Nr. 14)
- Hinna(h)m(e) inakzeptabler medizinischer Behandlungen (Tz. 12 Allgem. Kommentar Nr. 14)
- Missachtung des Vorrangs des Kindeswohls bei allen Maßnahmen zur Verwirklichung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Tz. 24 Allgem. Kommentar Nr. 14)

3.4 Irreversible chirurgische Eingriffe bei Unmündigen und Erwachsenen

- Kastration ohne gesicherte Indikation
- Kastration ohne Einwilligung
- Kastration unter Vorgabe einer nicht zutreffenden Indikation
- Kastration von Minderjährigen
- Klitoris/ Penisamputationen sowie Klitoris- und Penis- Reduktionsplastiken ohne - Einwilligung des mündigen Menschen
- Anlage von Neovaginen und Penoiden bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen ohne Einwilligung
- Gewaltsame Vergrößerung/ Weitung der künstlich angelegten Organe
- Keine Fachärzteschaft, die eine Ausbildung für diese Eingriffe besitzt
- Keine Qualitätskontrolle dieser Eingriffe
- Keine Definition von Qualitätsmerkmalen

3.5 Medizinische Behandlung nach dem Personenstand statt nach gesundheitlichen Erfordernissen

Die Diskriminierung zwischengeschlechtlicher Menschen beginnt schon bei der Krankenversicherungskarte, welche ausschließlich eine männliche oder weibliche Eintragung zulässt und sich nach der Eintragung des Personenstands in der Geburtsurkunde richtet. Die Bezahlung für Vorsorgeuntersuchungen ebenso wie die Referenzwerte für Blutuntersuchungen wiederum richten sich nach der Geschlechtseintragung auf der Krankenversicherungskarte. Dadurch werden notwendige Untersuchungen und deren Bezahlung verwehrt gegenüber geschlechtlich falsch eingetragenen Menschen, und es kommt zu Fehldiagnosen.

Es wird versucht, auch die körperlich sekundären Geschlechtsmerkmale dem chirurgisch und in der Geburtsurkunde zugewiesenen Geschlecht anzugleichen, um die Identifikation der Betroffenen mit dem zugewiesenen Geschlecht zu fördern, was eine lebenslange, oft contra-chromosomale, Hormonmedikation mit einschließt.

Obwohl die “Zeitfenster-Theorie” des Prof. Dr. John Money über die angebliche Anerkennung der Geschlechtsidentität längst widerlegt ist, und obwohl sich heute viele Mediziner nicht mehr auf Prof. Dr. Money beziehen bzw. sich sogar ausdrücklich von ihm abgewandt haben, und obwohl Eingriffe in die Identität des Kindes verboten sind (Art. 8 CRC), werden an zwischengeschlechtlichen Menschen schwerste Gesundheitsschäden verursacht, wird gesunden Menschen eine lebenslange Hormonabhängigkeit aufgezwungen – eine drastische Verletzung von Art. 12 Abs. 1 + Abs. 2 lit. a CESCR.

Soweit Mediziner Hormonmedikamente verordnen, tun sie das ausschließlich nach dem eingetragenen Personenstand – ohne Rücksicht darauf, ob die Hormone dem chromosomalen Geschlecht adäquat oder nicht adäquat sind. Passen die Medikamente zum eingetragenen Geschlecht, verschreiben sie die Hormonpräparate auch off-label, ohne Berücksichtigung der Tatsache, dass es sich biologisch um einen zwischengeschlechtlichen Patienten handelt, für welchen die Medikamente nicht offiziell zugelassen sind. Wenn andererseits aber ein Betroffener eine HET begehrt, die der Geschlechtseintragung widerspricht, weigern sich Mediziner, diese zu verschreiben, selbst dann, wenn es sich um eine chromosomal adäquate HET handelt, und verweisen dann darauf, dass es ein Off-Label-Use sei¹¹. Selbst bei offensichtlichen Unverträglichkeiten der paradoxen HT, unter denen die betroffenen Menschen leiden, wird so die Verordnung geschlechtlich adäquater Hormonbehandlungen verweigert. Auch Krankenkassen und deren medizinische Dienste lehnen eine Kostenübernahme dafür ab¹². Die geschlechtliche Zwangszuweisung und deren Aufrechterhaltung dominiert sämtliche Lebensinteressen der Betroffenen, unter Verletzung des Menschenrechts auf Gesundheit (Art. 12 CESCR) und der Menschenwürde (Art. 1 AEMR).

Am deutlichsten wird die Verletzung des Rechts auf Gesundheit an Art. 8 des Allgem. Kommentars Nr. 14 zum Sozialpakt. Verletzt wird das Recht auf Gesundheit hinsichtlich des Selbstbestimmungsrechts über den eigenen Körper einschließlich der sexuellen und reproduktiven Freiheit, der Rechts auf Freiheit von Eingriffen und von Misshandlungen und der Rechte auf Freiheit von nicht ordnungsgemäß eingewilligten medizinischen Behandlungen und Menschenversuchen. Und obendrein wird noch eine körperlich adäquate HET, welche die Schäden lindern könnte, verweigert, wenn diese nicht der erzwungenen Geschlechtseintragung entspricht.

3.6 Hormonersatztherapie und Off-Label-Use von Medikamenten

Nach medizinischer These sollen die medikamentösen Interventionen in das Geschlecht mit Geschlechtshormon-Präparaten lebenslang medizinisch zugewiesenen/ verordneten Geschlecht entsprechend erfolgen. Soll, nach ärztlicher Entscheidung dem angeborenen biologischen chromosomalen Geschlecht entsprechend zugewiesen werden, so richten sich die hormonellen und anderen medikamentösen Behandlungen an den physisch vorhandenen Anlagen aus. Sie erfolgen geschlechtlich adäquat¹³. Soll nach ärztlicher Entscheidung dem angeborenen Geschlecht entgegengesetzt zugewiesen werden, so richten sich die dazu durchgeführten hormonellen Interventionen, genauso wie die zuvor deswegen verfügten ablativen Kastrationen, gegen die vorhanden Anlagen und Entwicklungspotentiale des Geschlechts der intersexuellen Menschen. Sie erfolgen somit geschlechtlich paradox¹⁴.

¹¹ Anlage Arzt u. Hormone

¹² Anlage IKra und UH Schreiben Krankenkasse MdK

¹³ medizinisch: geschlechtlich adäquat = dem genetischen Geschlecht (Genotyp) entsprechend;

¹⁴ medizinisch: geschlechtlich paradox = dem genetischen Geschlecht (Genotyp) widersprechend;

3.6.1 Konsequenzen adäquater Hormonersatztherapien (HET)

Bei dem biologischen chromosomalen Geschlecht adäquaten Hormonersatztherapien sind den Berichterstatterinnen nur relativ wenige Störungen aus den Reihen der davon betroffenen intersexuellen Menschen bekannt geworden.

Insbesondere bei kastrierten minderjährigen Menschen mit dem genotypisch weiblichen Geschlecht zu 47, XX, ist jedoch keine entsprechende medizinische Versorgung sichergestellt, denn sie werden regelmäßig unzureichend, mit HET der Menopause, also HET für ältere Menschen oder noch unzureichender nur mit Kontrazeptiva als HET therapiert.

Diese reinen Östrogen-Therapien berücksichtigten dabei insbesondere bei Gonadektomierten nicht, dass auch weibliche Menschen neben sogenannten weiblichen Geschlechtshormonen (Östrogenen, Gestagene) in geringerem Maße auch männliche Geschlechtshormone (Testosterone) benötigen. Dies führt frühzeitig zu altersuntypischen Gesundheitsstörungen wie Osteoporose und Störungen des Immunsystems sowie zu erheblichen, ebenfalls altersuntypischen, physischen, psychischen und sozialen Leistungseinschränkungen und zu erheblichen schmerzhaften physischen Dysregulationen. Dabei muss regelmäßig, insbesondere bei kastrierten jüngeren Menschen, auch die empfohlene Anwendungsdauer¹⁵ der Medikamente erheblich überschritten werden. Dies führt in der Konsequenz zu einer erheblichen Steigerung des Risikos lebensbedrohlicher und unvorhersehbarer Erkrankungen¹⁶.

3.6.2 Konsequenzen paradoxer Hormontherapien (paradoxer HT)

Bei paradoxen Hormonersatztherapien, die dem biologischen chromosomalen Geschlecht widersprechend erfolgen, sind den BerichterstatterInnen eine Vielzahl gesundheitlicher Störungen bekannt gemacht geworden. Die von gegengeschlechtlicher Zwangszuweisung betroffenen Menschen verfügen nach den vorher vorbereitend durchgeführten ablativen Kastrationen nicht über die physischen Anlagen zur Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale des verordneten Geschlechts. Darum verordnen Ärzte den davon Betroffenen lebenslang Medikamente mit für die Behandlung des anderen Geschlechts vorgesehenen hormonellen Wirkungen. Den Berichterstatter(innen) stehen zu paradoxen HT bei intersexuellen Menschen eine Vielzahl aktenkundiger Erkenntnisse über die sehr unterschiedlichen Folgen zur Verfügung. Die paradoxen HT tätigen physische und psychische, somit auch gesundheitliche, soziale und rechtliche Folgen. Die Auswertungen einer Vielzahl der Behandlungsunterlagen mit paradoxen HT behandelte intersexueller Menschen durch die Berichterstatter(innen) haben ergeben, dass sich in erheblichem Umfang, je nach verwendeten Wirkstoffen, deren Dosierung sowie mit der Anwendungsdauer erhebliche Gesundheitsstörungen sowie Veränderungen aller Gewebe und Organe manifestieren. Ein großer Teil scheint offensichtlich als Medikamentenwirkung in der Medizin völlig unbekannt zu sein. Aufgrund der Vielzahl der Erkenntnisse über die Folgen können die Berichterstatterinnen deshalb nur die schwerwiegendsten Folgen darstellen.

3.6.2.1 Körperliche und psychosomatische Konsequenzen paradoxer HT:

Die paradoxen HT verändern, wie die chirurgischen Genitalveränderungen, auf unnatürliche Weise die äußerlichen körperlichen Geschlechtsmerkmale. Sie wirken auch den eigenen, nach der Kastration noch verbliebenen geschlechtsspezifischen Anlagen und

¹⁵ liegt je nach Präparat und Wirkstoff bei ca. 8 Jahren Gesamtanwendung;

¹⁶ Anlage: „Marie Studie“

Entwicklungspotentialen, entgegen¹⁷. Die langfristigen Wirkungen der paradoxen HT incl. der Veränderungen der Stoffwechselfunktionen, Wechselwirkungen und Organveränderungen sind bisher weitgehend noch nicht erforscht, ebenso die Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Im geringsten Fall wird die Wirkung der anderen Medikamente nur abgeschwächt. Seit Beginn der paradoxen HT bei intersexuellen Menschen in den 50er Jahren wurden noch keine evidenzbasierten medizinischen Studien zur Verträglichkeit oder zum beabsichtigten Behandlungserfolg durchgeführt. Die mit der paradoxen HT angezüchteten körperlichen Merkmale, insbesondere die sekundären Geschlechtsmerkmale sehen denen des anderen Geschlechts nur ähnlich und entsprechen auch nicht dem natürlichen Vorbild in Entwicklung, Aufbau und Funktion. Sie weisen, diagnostisch häufig gesichert, Differenzierungsstörungen auf und haben meist einen infantilen Entwicklungsstatus¹⁸. Insbesondere sie bergen infolge ihrer medikamenteninduzierten Dysgenese ein nicht einzuschätzendes Krebsrisiko, da ihre genetisch determinierten Funktionsgrundlagen den Medikamentenwirkungen widersprechen. Daneben besteht auch für alle anderen genotypisch determinierten Organen und ihre Funktionen durch die ihnen chromosomal entgegengesetzten Medikamentenwirkungen ein nicht unerhebliches Risiko von Krebs sowie von Funktionsstörungen. Die Verabreichung über die empfohlene Anwendungsdauer¹⁹ hinaus erhöht das Krebsrisiko besonders²⁰. Diese Risiken treffen insbesondere jüngere, minderjährige Menschen, bei denen die Anwendungen regelmäßig weit über die empfohlene Anwendungsdauer ärztlicherseits verordnet werden²¹.

Eine erhebliche körperliche Ursache für psychosomatische Störungen sind insgesamt nach Erkenntnissen der Berichterstatter(innen) die Dysregulationen des Stoffwechsels infolge der Veränderung der Organ- und Gewebefunktionen durch die Wirkungen der paradoxen HT. Dazu gehören Störungen der Zucker- und Sauerstoffversorgung des Hirn- und Nervengewebes, welche nicht mehr dem Geburtsgeschlecht entsprechend erfolgt, und deren psychische Folgen wie z. B. Nervenerkrankungen, Antriebsschwäche und körperlich bedingte Depression, die oft als psychisch bedingte Depression fehldiagnostiziert wird. Eine weitere erhebliche physische Ursache psychischer Störungen verwirklicht sich bei paradoxen HT über die Dysregulation auch anderer Organe und Gewebe, z. B. solcher, die an der Stressverarbeitung beteiligt sind. Auch Veränderungen der Hypophyse und ihrer Regulationsfunktionen²² sind hieran erheblich beteiligt.

Bei kastrierten genetisch männlichen zwischengeschlechtlichen Menschen sind bei paradoxer HT Anämien, diabetische Erkrankungen und Störungen der Nieren- und Nebennierenfunktionen (z.B. Addison-Syndrom) sowie die damit assoziierten psychischen Störungen zu beobachten. Auch die Unterdrückung der natürlichen psychischen Entwicklung durch eine geschlechtlich entgegengesetzte Hormonbehandlung ist dem psychosomatischen Bereich zuzuordnen, da die hieraus resultierenden psychischen Störungen bei Übergang zu einer adäquaten HET oft verschwinden.

Durch die Kastration und die paradoxe HT bleiben die erforderlichen altersadäquat regulierenden hormonellen Impulse und die damit verbundenen psychischen Entwicklungen und Aktivitätspotentiale aus, sodass unter paradoxen HT regelmäßig keine Libido mehr vorhanden ist. Dies verursacht auf doppelte Weise Leid – zum einen wegen des Fehlens der eigenen Lust, zum anderen, weil die Erwartungen eines möglichen Partners nicht erfüllt werden können (vgl. Tz. 8 Allgem. Kommentar Nr. 14).

¹⁷ Frances Dr. Drohm

¹⁸ Anlage FK Infantiles Brustgewebe

¹⁹ liegt je nach Präparat und Wirkstoff bei ca. 8 Jahren Gesamtanwendung;

²⁰ MARIE- Studie

²¹ es sind Fälle bekannt bei denen die paradoxen HT teilweise weit über 40 Jahre verabreicht wurden;

²² Hypophysen- Gonadenachse

Insgesamt ist aus Sicht der Berichterstatterinnen hier festzustellen, dass viele der Betroffenen ursächlich durch die paradoxe HT heterogene psychische Störungen erworben haben. Die Berichterstatter(innen) sind auch darüber informiert, dass bei einzelnen Betroffenen sozialmedizinisch nachgewiesen ist, dass sie auch infolge der paradoxen HT schwerste psychische Behinderungen erlitten. Diese führten bereits in Einzelfällen früh in die völlige, bei vielen Fällen zur teilweisen Erwerbsunfähigkeit.

Die Berichterstatterinnen wissen aus den Patientenakten Betroffener auch, dass diese psychosomatischen Störungen sich als resistent für Psychotherapien während der Verabreichung paradoxer HT erweisen, aber nach Wechsel auf eine geschlechtlich adäquate HET die psychischen Beschwerden sich oft erheblich bessern oder sogar ganz verschwinden.

3.6.2.2 Psychische Konsequenzen der paradoxen HT

Nach Erkenntnissen der Berichterstatter(innen) sind psychische Störungen intersexueller Menschen, die keiner medizinischen Therapie ihres Geschlechts ausgesetzt waren, selten. Sie nehmen auch selten die Selbsthilfe in Anspruch.

Psychische Belastungen mit paradoxer HT behandelte zwischengeschlechtlicher Menschen werden vor allem beobachtet bei folgenden Sachverhalten:

- Die künstlich veränderten Geschlechtsmerkmale können die gesellschaftliche Erwartungshaltung nicht erfüllen.
- Das Verschweigen der vorgenommenen geschlechtsverändernden Eingriffe gegenüber den Betroffenen und oft auch gegenüber den später behandelnden Ärzten führt zu erheblichen psychischen Belastungen und unterminiert die Möglichkeit, eigene Lebensstrategien zu ihrer Situation zu entwickeln.
- Viele zwischengeschlechtliche Menschen leiden erheblich unter den mit der paradoxen HT gewachsenen Geschlechtsmerkmalen des anderen Geschlechtes, denn weder eine chirurgische noch eine hormonelle Behandlung kann die angeborene Geschlechtsidentität verändern. Dieses Leid lässt sich nur verhindern, indem man das Geburtsgeschlecht achtet und schützt sowie geschlechtsverändernde Eingriffe nur nach informierter Einwilligung des zwischengeschlechtlichen Menschen selbst vornimmt.
- Ärztliche Falschinformationen hinsichtlich Erektionsfähigkeit, Regelblutung oder Fortpflanzungsfähigkeit verursachen psychisches Leid, weil die falsch informierten zwischengeschlechtlichen Menschen nicht verstehen, warum diese körperlichen Fähigkeiten bei ihnen entgegen der ärztlichen Aussage nicht funktionieren. Zu den Täuschungen gegenüber intersexuellen Menschen gehören die Verschreibung von Verhütungsmitteln an kastrierte Menschen und die unwahre Behauptung, die deutsche Gesetzeslage verhindere eine Fortpflanzung durch künstliche Befruchtung²³. Insgesamt sind die so behandelten regelmäßig nicht in der Lage, dem Fortpflanzungsdruck ihrer sozialen Umgebung zu entsprechen, und machen sich sogar lächerlich bei diesbezüglichen Vorsprachen bei Behörden. Daraus ist bei vielen Betroffenen ein starkes psychisch belastendes Minderwertigkeitsgefühl zu beobachten. Sie leiden regelmäßig schwer darunter, dass sie mit ihren Altersgenoss(inn)en „nicht mithalten“ können und versuchen durch „Schauspielerei“ dennoch dem Bild der Anderen zu entsprechen. Dies verursacht permanenten, teils lebenslangen, Druck, sich nicht „verraten zu dürfen“, der auf Dauer psychisch nicht aufrecht zu erhalten ist. Angststörungen sind die Folge.

Die paradoxe HT wird dem experimentellen medizinischen Anspruch, dem Menschen eine andere körperlich-geschlechtliche Beschaffenheit als das Geburtsgeschlecht und eine andere Geschlechtsidentität aufzuzwingen, um das Geschlecht des Menschen zu vereindeutigen, in

²³ FK künstliche Befruchtung

keiner Weise gerecht. Sie verursacht im Gegenteil schwerste körperliche und psychosomatische Schäden (incl. psychischer Auswirkungen körperlicher Veränderungen und oft als Gehirnwäsche empfundener psychischer Wirkungen der Hormonpräparate), wobei letztere oft mit psychischen Schäden verwechselt werden. Die wirklichen psychischen Schäden entstehen vor allem durch die irreparable Zerstörung des Geburtsgeschlechts ohne Rücksicht auf die Geschlechtsidentität, durch die Zerstörung der Fortpflanzungsfähigkeit und der Libido und durch das Verschweigen des Geburtsgeschlechts und der vorgenommenen Eingriffe.

3.6.3 Off-Label-Use

Die paradoxen HT wurden niemals wissenschaftlich systematisch erforscht oder überprüft. Es existieren auch keinerlei kontrollierte klinische Studien dazu. Die den Berichterstatte(r)innen bekannten Gesundheitsschäden bei paradoxer HT beziehen sich daher überwiegend auf Erfahrungen aus der eigenen Vereins- und Selbsthilfearbeit. Nach gesicherten Erkenntnissen der Berichterstatte(r)innen verfügen die, zur paradoxen HT bei intersexuellen Menschen verwendeten Medikamente, zumindest in Deutschland über keinerlei offizielle medikamentenrechtliche Zulassung dazu²⁴. Aber auch weltweit sind den Berichterstatte(r)innen solche nicht bekannt. Damit stellt nach der Rechtsauffassung der Berichterstatte(r)innen die Verordnung einer paradoxen HT in Deutschland einen „Off-Label-Use“ von Medikamenten dar.

Durch den „Off-Label-Use“ versagen die staatlichen Kontrollmechanismen zur Qualität, Verträglichkeit, Wirkung und Risiken der paradox-geschlechtlichen Anwendung dieser Medikamente an den Betroffenen. Gesetze, wie z.B. das deutsche Arzneimittelgesetz (AMG), dass mit seinen Vorgaben die Zulassung von, und den Verkehr mit, Arzneimitteln regelt und die Bevölkerung vor Gesundheitsschäden bewahren soll, werden unterlaufen. Die Anwendungen der paradoxen HT an den Betroffenen sind einer staatlichen Kontrolle völlig entzogen, sodass der Staat seinen Schutzpflichten nicht nachkommen kann (Tz. 12, 35 und 51 Allgem. Kommentar Nr. 14).

Nach Tz. 35 des Allgem. Kommentars Nr. 14 zum Recht auf Gesundheit muss der Staat im Rahmen seiner Schutzpflicht die Kontrolle über die eingesetzten Medikamente behalten. Wenn, wie bei zwischengeschlechtlichen Menschen, in großer Zahl Medikamente off-label eingesetzt werden, ist der Staat verpflichtet, die Zulassung entsprechend den Erfordernissen für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit der zwischengeschlechtlichen Minderheit zu erweitern bei gleichzeitigem Hinweis darauf, dass die exakte Dosierung und die Nebenwirkungen noch nicht hinreichend erforscht sind.

Der Off-Label-Use unterläuft die Geltendmachung von Schadensersatz und Schmerzensgeld bei medikamentenbedingten Gesundheitsschäden. So hätten Betroffene in Deutschland nach Produkthaftungsgesetz 15 (ProdHaftG) in Verbindung mit § 84 AMG („Gefährdshaftung“) keinen Anspruch auf Schadensersatz und Schmerzensgeld aus Verletzungen des Körpers und der Gesundheit durch Medikamente, da ihre Medikamentenverordnung nicht bestimmungsgemäß, sondern im Off-Label-Use erfolgte.

Zudem werden diese Gesundheitsschäden aus der Off-Label-Anwendung nicht offiziell in Datenbanken registriert und allgemein zugänglich, sodass die Gesundheitsschädigungen durch off-label eingesetzte Medikamente keinen Eingang in die Patienten- und Fachinformationen finden. Die Betroffenen werden so weiterhin vermeidbaren Gesundheitsrisiken ausgesetzt.

²⁴ z.B. Schreiben der BFarm

Tatsächlich entbehren infolge des Off-Label-Use deshalb auch die den Medikamenten beiliegenden Patienteninformationen jeglicher Informationen zur paradox geschlechtlichen Anwendung²⁵. Aber auch die einschlägigen Nachschlagewerke²⁶ verfügen über keinerlei Informationen oder Erkenntnisse hierzu. Wobei hier noch zusätzlich zu beachten ist, dass die Betroffenen selbst meist überhaupt keine Informationen zu ihrer geschlechtlichen Behandlung und ihren biologischen Grundlagen besitzen. Daraus ergibt sich, dass die mit der Verschreibung beauftragten Mediziner sowie die mit der Ausgabe beschäftigten Apotheker den damit Behandelten auch die pflichtgemäßen Verbraucherauskünfte dazu nicht geben können.

3.7 Behandlungsdokumentation

- Nichtaufklärung/ Falschaufklärung der Betroffenen und/ oder ihrer Angehörigen
- vorsätzliches „falsches Aufklären“ über diagnostische Erkenntnisse
- unzureichendes diagnostisches Vorgehen, durch Unterlassen notwendiger Diagnoseverfahren
- bei bereits erfolgten Eingriffen Vorenthalten von Patientenunterlagen, mit der Absicht, Menschen über ihre wahre Existenz im Unklaren zu lassen
- Vorenthalten der Patienten-Unterlagen/ Akten, um diese von rechtlichen Schritten abzuhalten
- weder kurz- noch langfristige Qualitätskontrolle noch Aufzeichnung in einem Zentralregister dieser Eingriffe, wie z.B. bei Krebs.

Der Staat ist im Rahmen des Schutzes des Menschenrechts auf Gesundheit (Art. 12 CESCR) verpflichtet, dafür zu sorgen, dass Dritte den Zugang der Patienten auf gesundheitliche Informationen nicht beeinträchtigen (Tz. 35 Allgem. Kommentar Nr. 14). Soweit die Vorenthaltung von Patientenunterlagen die Nachverfolgung von Verstößen gegen das Diskriminierungsverbot aus Artikel 2 Abs. 2 Sozialpakt und damit die Einlegung von Rechtsmitteln und die Erlangung von Schadensersatz vereiteln würde, ist nach Überzeugung der Parallelberichterstatterinnen eine Beweislastumkehr zu Lasten der Mediziner, wie in Tz. 40 des Allgemeinen Kommentars Nr. 20 zum Diskriminierungsverbot des Sozialpaktes dargestellt, erforderlich.

3.8 Wirksamer Rechtsschutz

Die Zugehörigkeit der Menschenrechte des Sozialpakts zum „ius cogens“ und die Unveräußerlichkeit der universellen Menschenrechte („in der Welt“) für Deutschland nach Art. 1 Abs. 2 des deutschen Grundgesetzes wurden bereits in Abschnitt 1.2 dieses Parallelberichts dargelegt.

Darüber hinaus normiert bereits Art. 8 AEMR eine Rechtsschutzgarantie auf nationaler Ebene für die Menschenrechte aus den nationalen Verfassungen sowie auf gesetzlicher Grundlage. Letzteres bezieht sich auf die Menschenrechte aus internationaler Rechtsquelle, denen durch Zustimmungsgesetze auf nationaler Ebene Gültigkeit verliehen wird. Art. 19 Abs. 4 des deutschen Grundgesetzes.

normiert eine Rechtsschutzgarantie vor deutschen Gerichten bzgl. aller Rechte der in Deutschland lebenden Personen. Dazu gehören auch die Menschenrechtsverträge der Vereinten Nationen, denen sich Deutschland angeschlossen hat. Ausnahmen davon sind nur insoweit möglich, wie es eigene internationale Gerichte zur Behandlung von Verletzungen internationaler Menschenrechtsverträge gibt. Das ist bzgl. der Menschenrechte der Europäischen Union durch den Europäischen Gerichtshof und bzgl. der Menschenrechte des

²⁵ Packungsbeilagen als Beispiel

²⁶ Rote Liste

Europarats durch den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte der Fall. Diese internationalen Gerichte sind aber für die universellen Menschenrechte der Uno nicht zuständig, weil nach Art. 4 Uno-Charta nur Staaten Mitglied der Uno sein können. Da die Uno kein Gericht zur Verhandlung von Einzelfällen bzgl. der universellen Menschenrechte hat, bleibt somit ausschließlich die Zuständigkeit der nationalen Gerichte zur Erfüllung der Rechtsweggarantien von Art. 8 AEMR und Art. 19 Abs. 4 GG zum Schutz der universellen Menschenrechte. Das ist umso gewichtiger, da zum „ius cogens“ gehörendes internationales Recht gem. Art. 25 GG, wie in Abschnitt 1.2 dieses Parallelberichts dargelegt, für Deutschland unmittelbar anwendbares Recht ist.

Trotz der offensichtlichen unmittelbaren Anwendbarkeit der universellen Menschenrechte für Deutschland werden diese von vielen deutschen Gerichten immer noch nicht berücksichtigt. Auch darum ist Deutschland von der vollständigen Umsetzung der Menschenrechte der Sozialpaktes in Bezug auf intersexuelle Menschen noch weit entfernt. Aber auch bei der Gesetzgebung und bei Maßnahmen der Exekutive werden insbesondere die sozialen Menschenrechte der UNO oft nicht berücksichtigt.

3.9 Behandlungskonsequenzen im Handlungsspielraum der medizinischen Definition

- Lebenslange Abhängigkeit aller anderen medizinischen Behandlung, insbesondere hinsichtlich der Hormonersatztherapien, an die personenstandsrechtlichen Eintragungen.
- Im Falle der unzutreffenden Geschlechtszuweisung intersexueller Menschen medizinische Re-Definition der Betroffenen nun als Transsexuelle
- Anlehnung der Behandlung „intersexueller Menschen“ an die Behandlung transsexueller Menschen.
- Anwendung der auf dem TSG beruhenden Rechtsprechung hinsichtlich Renten-, Sozial-, Versicherungs-, etc. Recht auf intersexuelle Menschen
- Weigerung der Erwachsenenmedizin, evidente Studien zur Wirksamkeit und zu den metabolischen Konsequenzen paradoxer Hormonersatz- und anderer ergänzender Therapien zu fertigen
- Die Ablehnung der „Erwachsenmediziner“, sich an der Erneuerung der Behandlungspraktiken aktiv zu beteiligen und das Desinteresse der Erwachsenenmedizin, sich an Studien mit pädiatrischer Zielrichtung zu beteiligen. Die wird sehr deutlich am Projekt Klinische Evaluationsstudie: Medizinische und chirurgische Behandlungsergebnisse, psychosexuelle Entwicklung und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit Störungen der Geschlechtsentwicklung (Studienleitung: Prof. Dr. med. U. Thyen (Lübeck)).

Die vorgenannten Fehlverhalten bei medizinischen Eingriffen hinsichtlich Intersexualität durch medizinisches Personal sind belegbar und auch durch bereits öffentlich erfolgte richterliche Rechtsprechung bewiesen.²⁷ Die von den Berichterstatterinnen beklagten Probleme sind auch der Bundesregierung bekannt und von Seite Betroffener nachweisbar mitgeteilt worden.

4. Soziale Sicherheit und Recht auf Sozialversicherung (Art. 9 Sozialpakt)

Das Menschenrecht auf soziale Sicherheit einschließlich Sozialversicherung (Art. 9 Sozialpakt) ist von zentraler Bedeutung zur Gewährleistung der Menschenwürde (Art. 1 AEMR) in allen Situationen, in welchen ein Mensch nicht selbst in der vollständig Lage ist,

²⁷ Beispiele hierfür sind: Michel Reiter 722UR III302/00 v. 2001; 1 BVR 390/03 v.29.10.2003, Verfahren CJClüsserath; 2 BVR 1833/95, eine TS mit IS Hintergrund.

seine Rechte aus dem Sozialpakt zu verwirklichen (Tz. 1 Allgem. Kommentar Nr. 19 zum Menschenrecht auf soziale Sicherheit).

Dazu gehören u. a. die Absicherung bzgl. Rente, Behinderung und Krankheitskosten (Tz. 2 Allgem. Kommentar Nr. 19). Dabei hat der Staat einen weiten Spielraum, wie er die soziale Sicherung gestaltet; das Ergebnis einer hinreichenden sozialen Absicherung zu bezahlbaren Beiträgen ist jedoch verpflichtend (Tz. 4).

4.1 Krankenversicherungen

Das Menschenrecht auf soziale Sicherheit kann ebenso wie das Menschenrecht auf Gesundheit bezüglich der Absicherung gegenüber Krankheitskosten auch im Rahmen der privaten Krankenversicherung verwirklicht werden. Der Staat ist jedoch verpflichtet, sicherzustellen, dass die Beiträge bezahlbar sind (Tz. 9+13 Allgem. Kommentar Nr. 19, Tz. 4+5+36 Allgem. Kommentar Nr. 14).

Eltern zwischengeschlechtlicher Kinder ist es jedoch oft nicht oder nur zu unerschwinglich hohen Beiträgen möglich, ihr neugeborenes intersexuelles bzw. gonadektomiertes Kind im Rahmen der allgemein üblichen und von der Bundesregierung darüber hinaus zunehmend geforderten privaten Vorsorge zu versichern. Das trifft vor allem Eltern, die selbst vollständig privat krankenversichert sind, weil diese ihre Kinder nicht in der staatlichen Krankenversicherung mit versichern können.

Für alle Versicherungsverträge, die ein bestimmtes Geschlecht und damit biologische Realitäten und geschlechtsspezifische Gesundheitszustände voraussetzen, wie Lebens-, Kranken-, Unfall-, Berufs-, Pflegeversicherungen etc., werden die Versicherungsbeiträge nach dem eingetragenen Geschlecht bemessen. Daneben werden paradoxe HT als Risiko erhöhend beurteilt. Nach Fall-Erkenntnissen der Berichterstatter(innen) führt dies dazu, dass insbesondere mit paradoxen HT behandelte intersexuelle Menschen von bestimmten Versicherungen von vornherein ausgeschlossen oder benachteiligt oder fällige Versicherungsleistungen verweigert werden. Insbesondere bei den Ausschlüssen zwischengeschlechtlicher Menschen aus der Versicherung und der Verweigerung der Bezahlung medizinisch benötigter Leistungen kommt der deutsche Staat seiner Schutzverpflichtung für das Recht auf soziale Sicherheit nicht hinreichend nach (Tz. 11, 46 und 59 Allgem. Kommentar Nr. 19).

Die soziale Sicherheit wird bzgl. der Absicherung von Krankheitskosten (Tz. 2 Allgem. Kommentar Nr. 19) auch verletzt durch die Vorenthaltung von chromosomal biologisch und von der Dosierung her altersgemäß adäquater Hormonersatztherapien sowohl durch gesetzliche als auch durch private Krankenversicherungen. Das liegt zum einen am jahrzehntelangen Verschweigen der Existenz der zwischengeschlechtlichen Minderheit, was dazu geführt hat, dass bei der Zulassung der Hormonpräparate nicht berücksichtigt worden ist, in welcher Dosierung diese zur Hormonersatztherapie für intersexuelle Menschen geeignet sind. Die Folge ist, dass selbst bei gesetzlich Krankenversicherten der Arzt aus Angst vor Haftungsrisiken oft nur Privatrezepte ausstellt, welche vom Patienten vollständig selbst bezahlt werden müssen. Hier sind legislative Maßnahmen zum Schutz des Zugangs zur sozialen Sicherheit erforderlich (Tz. 45 und 66 Allgem. Kommentar Nr. 19).

Zwischengeschlechtlichen Menschen mit Androgeninsensitivitätssyndrom (AIS), denen meist medizinisch völlig unnötig ihre gesunden Hoden genommen wurden, benötigen Substitution mit Testosteron, welches meist von der Krankenkasse mangels entsprechender Zulassung nicht bezahlt wird. AIS bedeutet, dass Chromosomen (XY) und Gonaden (Hoden) männlich sind, sich der Körper wegen der meist vollständigen Insensitivität für das männliche Geschlechtshormon Testosteron ansonsten aber ganz oder überwiegend weiblich entwickelt. Die meisten Menschen mit AIS haben ein äußerlich weibliches Erscheinungsbild und sind

dem weiblichen Geschlecht zugewiesen, was eine zusätzliche Hürde für die Verschreibung von Testosteron darstellt. Zur Erfüllung des Menschenrechts auf soziale Sicherheit zwischengeschlechtlicher Menschen mit AIS hat der Staat durch legislative Maßnahmen sicherzustellen (Tz. 45 Allgem. Kommentar Nr. 19), dass die benötigten Testosteronpräparate von den Krankenversicherungen übernommen werden, und dass diese für zwischengeschlechtliche Menschen schnellstmöglich zugelassen werden mit dem Vermerk, dass die genau benötigte Dosierung für zwischengeschlechtliche Menschen noch nicht erforscht ist.

Ein weiterer Grund für Leistungsausschlüsse und -verweigerungen der Krankenkassen bzgl. der Hormonpräparate resultiert aus der aktuellen Rechtsprechung zum Off-Label-Use. Nach der Rechtsprechung eines Senats des Bundessozialgerichts ist die Anwendung eines nicht zugelassenen Arzneimittels zu Lasten der Krankenversicherung schon deshalb ausgeschlossen, weil der Einsatz des Präparates auf einem strafbaren Verhalten aufbaut, und aus dem verbotswidrigen Handeln grundsätzlich der Krankenkasse keine Leistungspflicht erwachsen kann (Bundessozialgericht 19.03.2002, BSGE 89, 184 ff).

Die Gewährleistungspflicht des Staates bzgl. des in den Menschenrechten auf Gesundheit (Art. 12 Sozialpakt) und auf soziale Sicherheit (Art. 9 Sozialpakt) enthaltenen Rechts auf die Absicherung der größeren Krankheitskostenrisiken durch eine bezahlbare Krankenversicherung (Tz. 36 Allgem. Kommentar Nr. 14, Tz. 2+13 Allgem. Kommentar Nr. 19) wird gegenüber der zwischengeschlechtlichen Minderheit verletzt, und in besonderem Maße geschieht dies in vielen Fällen bzgl. der Kosten der lebenslangen Hormonersatztherapie.

4.2 Behinderung

Zwischengeschlechtlichkeit an sich ist ebenso wenig eine Behinderung, wie mit einem Körper geboren zu werden, der sich klar weiblich oder männlich einordnen lässt. Durch die Art der medizinischen Behandlung sind jedoch viele zwischengeschlechtliche Menschen behindert gemacht worden. Eine Kastration führt einer erheblichen physischen und meist auch psychischen Beeinträchtigung; hinzu kommen oft Hormonmangelercheinungen oder Nebenwirkungen contra-chomosomaler Hormontherapien. Sowohl eine Gonadenentnahme als auch eine Genitaloperation im Kleinkindalter und auch das Verschweigen über die vorgenommenen chirurgischen Eingriffe können eine traumatisierende Wirkung haben und so zu schweren psychischen Beeinträchtigungen führen.

All diese von außen aufgezwungenen körperlichen und oft auch seelischen Behinderungen (zur Definition der Behinderungen für Zwecke des Uno-Sozialpaktes siehe Tz. 3 des Allgem. Kommentars Nr. 5 zum Sozialpakt) bedeuten oft eine deutliche Einschränkung der Fähigkeit, selbst seinen Lebensunterhalt zu verdienen, und damit zugleich auch eine deutliche Beeinträchtigung des Rechts auf Arbeit (Art. 6 Abs. 1 Sozialpakt).

Zwischengeschlechtliche Menschen erhalten vielfach keine oder nur unzureichende Nachteilsausgleiche nach dem Schwerbehindertenrecht. Dies insbesondere, da die Grundsätze der „Versorgungs-Medizin-Verordnung“ die durch Kastrationen verursachten Beeinträchtigungen an der Teilhabe bei Frauen als geringfügiger beziffern als bei gleich betroffenen männlichen Menschen. Daneben existiert bei den sozialmedizinischen Sachverständigen und Gutachtern der feststellenden Behörden nur unzureichendes Wissen, in dessen Anwendung es auch zu erheblichen Diskriminierungen kommt. Intersexuelle Menschen, die mit einer genotypisch adäquaten HET therapiert werden, sind nach den Erfahrungen und Kenntnissen der Berichterstatter(innen), so auch in erheblichem Umfang wegen des Geschlechtes und ihrer Behinderung diskriminiert.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze gemäß der Versorgungs-Medizin-Verordnung (VersMedV) sowie der älteren Anhaltspunkte (AHP) unterscheiden auf der Grundlage der biologischen Konstitution. Dies auch für geschlechtsspezifische Organanlagen und Gewebe.

In Schwerbehindertenverfahren intersexueller Menschen werden grundlegend alle durch die paradoxen HT erworbenen Gesundheitsstörungen und Behinderungen, die das Geschlecht betreffen, durch die sozialmedizinischen Sachverständigen der feststellenden Behörden ignoriert. Ersatzweise werden häufig die Behinderungen mit diskriminierenden und beschämenden Bezeichnungen versehen. Diskriminierend sind sie auch deshalb, weil die Bemessungen der Behinderungen immer unter denen der in der VersMedV enthaltenen Geschlechter (Mann und Frau) liegen.

So wurde z. B. ein Mensch mit männlichen Chromosomen, Hoden und einem lediglich von der Größe her unterentwickelten Penis kastriert und zu einem weiblichen Aussehen umoperiert und dann über 32 Jahre mit paradoxer HT behandelt. Schließlich wurde ein GdB von 20 ° anerkannt mit der diskriminierenden Bezeichnung „Mann mit vollständigen äußerem weiblichen Genitale“.

Ein nicht intersexueller Mann, der unter dem Verlust des Penis gleich leidet, hat demgegenüber einen Rechtsanspruch und bekommt auch einen GdB von 50° zugesprochen²⁸.

Das vorgenannte Beispiel basiert auf dem Fall des Berichterstatters Frances Kreuzer²⁹. Dieser hat alle sozialmedizinischen Stellungnahmen seines langjährigen Schwerbehinderten-Verfahrens (2007 - vorläufig 2010) auch zur Verfügung gestellt, um damit darzustellen, wie weit die sozialrechtlichen Benachteiligungen sowie die Diskriminierungen intersexueller Menschen wegen des Geschlechtes und der Behinderung gehen.

Für die Berichterstatter(innen) ergibt sich aus ihren Erkenntnissen der ihnen bekannten Schwerbehindertenverfahren, dass das Vorgehen, insbesondere das der sozialmedizinischen Sachverständigen, nicht mit der Sozialgesetzgebung und deren Zielvorstellungen von Behinderung, Prävention und Rehabilitation vereinbar ist. Da solches Vorgehen in allen Bundesländern (Tz. 73 Allgem. Kommentar Nr. 19) und durch alle beteiligten sozialmedizinischen Sachverständigen nahezu identisch ist, werten die Berichterstatter(innen) dieses rechtswidrige Vorgehen als strukturelle staatliche Gewalt gegen intersexuelle Menschen im Bereich des Sozial- und Schwerbehindertenrechts und als eine Verletzung des Menschenrechts auf soziale Sicherheit (Art. 9 CESCR, Tz. 4, 29, 40, 59 und 78 Allgem. Kommentar Nr. 19).

Der Verein Intersexuelle Menschen e. V. hat bereits zahlreiche zwischengeschlechtliche Menschen bei der Antragstellung zur Feststellung einer Behinderung, bei der Geltendmachung einer Erwerbsunfähigkeitsrente und bei der Geltendmachung des Opferentschädigungsgesetzes unterstützt, soweit erforderlich, bis vor die Sozialgerichte.

Nach Tz. 20 und Fußnote 17 des Allgem. Kommentars Nr. 19 zum Menschenrecht auf soziale Sicherheit des Sozialpaktes umfasst dieses für Behinderte sowohl die förmliche Feststellung einer Behinderung als auch Einkommensersatzleistungen für behinderungsbedingte Einkommensminderungen. Das bezieht sich nach Rechtsauffassung der Berichterstatterinnen auch auf Erwerbsunfähigkeitsrenten. Die Bundesrepublik Deutschland sollte, entsprechend Tz. 30 des Allgem. Kommentars Nr. 19, noch mehr Aufmerksamkeit auf die durch falsche medizinische Behandlungen geschaffenen Behinderungen von zwischengeschlechtlichen Menschen legen, um eine Beschleunigung der Bearbeitungsdauer zu erreichen.

²⁸ VersMedV Teil B Abschnitt 13;

²⁹ Anlage Frances Kreuzer sozialmedizinische Stellungnahmen;

Zwischengeschlechtliche Menschen dürfen gem. Art. 2 Abs. 2 CESCR auch hinsichtlich des Menschenrechts auf soziale Sicherheit in keiner Weise einer Diskriminierung aus geschlechtlichen oder sonstigen Gründen ausgesetzt werden. Das gilt insbesondere auch bzgl. der Gleichbehandlung beim Grad der Behinderung, bei der diskriminierungsfreien Bezeichnung und bei der Verfahrensdauer. Nach Tz. 31 des Allgem. Kommentars Nr. 19 zum Recht auf soziale Sicherheit ist der Staat für Bevölkerungsgruppen, denen es erfahrungsgemäß schwer fällt, ihre Ansprüche geltend zu machen, zu denen nach Tz. 31 ausdrücklich auch die Behinderten gehören, zu einem höheren Maß an Unterstützung bei der Geltendmachung ihrer Ansprüche auf soziale Sicherheit verpflichtet als beim Durchschnitt der Bevölkerung.

Das wichtigste jedoch ist, dass Deutschland seiner Schutzverpflichtung für das gem. Tz. 8 des Allgem. Kommentars Nr. 14 zum Menschenrecht auf Gesundheit gehörende Recht auf Informierte Einwilligung endlich auch für zwischengeschlechtliche Menschen vollständig nachkommt, damit intersexuelle Menschen nicht mehr durch das medizinische System behindert gemacht werden !

5. Schutz der Familie (Art. 10 Sozialpakt)

Art. 10 Nr. 1 S. 1 CESCR bestimmt, “dass die Familie als die natürliche Kernzelle der Gesellschaft größtmöglichen Schutz und Beistand genießen soll, insbesondere im Hinblick auf ihre Gründung, und solange sie für die Betreuung und Erziehung unterhaltsberechtigter Kinder verantwortlich ist.”

5.1 Verletzung des besonderen Schutzes der Familie durch Zulassen von Menschenrechtsverletzungen gegenüber dem Kind

Die Berichterstatterinnen sind der Rechtsauffassung, dass zum besonderen Schutz und Beistand des Staates gegenüber der Familie auch der Schutz der Kinder durch den Staat vor schweren Menschenrechtsverletzungen gehört.

Dazu gehört nach Überzeugung der Berichterstatterinnen vor allem der Schutz der Identität des Kindes (Art. 8 CRC), welche insbesondere auch die Geschlechtsidentität des Kindes umfasst. Auch die vorübergehende Verunsicherung von Ärzten, Eltern und anderen Menschen über die körperlich-geschlechtliche Uneindeutigkeit ihres Kindes ist hinzunehmen, um das Recht auf den Schutz der Geschlechtsidentität des Kindes zu gewährleisten, auch gegenüber der Medizin, weil das Kindeswohl bei allen med. Maßnahmen im Vordergrund stehen muss (Tz. 24 Allgem. Kommentar Nr. 14).

Der diskriminierungsfreie (Art. 2 Abs. 2 CESCR) Genuss des Menschenrechts auf Gesundheit (Art. 12 CESCR) muss auch für zwischengeschlechtliche Kinder voll verwirklicht werden. Das hat der Staat auch im Rahmen seiner besonderen Schutzverpflichtung für die Familie (Art. 10 CESCR) sicherzustellen. Soweit es - wie bei der chirurgisch-medikamentösen Geschlechtszuweisung - um medizinisch aufschiebbare Entscheidungen geht, muss das diskriminierungsfreie Recht des intersexuellen Kindes auf freie und informierte Einwilligung auch vor den Eltern geschützt werden, und müssen die Eltern davor geschützt werden, aus Unkenntnis menschenrechtswidrig in solche Behandlungen einzuwilligen. Die Anwendung von Kastration, Genital-Plastiken und medikamentöser Veränderung der körpereigenen Entwicklungspotentiale während und nach der Phase der körperlichen Entwicklung bei intersexuellen Menschen sind wirksame Mittel der „geschlechtlichen Benachteiligung“ mit

für die Betroffenen lebenslanger Wirkung. Das so genannte Bougieren³⁰ wird von den Betroffenen als sexueller Missbrauch empfunden und führt angesichts der über Jahre postoperativen Schmerzzustände regelmäßig zu schwerster Traumatisierung.

5.2 Verletzung des besonderen Schutzes der Familie durch Erschütterung des Eltern-Kind-Verhältnisses

Von medizinischer Seite wurde im Rahmen von Prof. Dr. Money's Behandlungsweise den Eltern vermittelt, dass die Erziehung ihres geschlechtlich veränderten Kindes restriktiv in dem hergestellten Zielgeschlecht zu erfolgen hat. Darüber hinaus werden die Eltern aufgefordert, dem Kind lebenslang jede Information hinsichtlich der Eingriffe wie auch seiner wahren geschlechtlichen Grundlagen vorzuenthalten. Die medizinische Begründung für dieses Vorgehen liegt in der geschlechtlich-sozialen Sicherheit, die das Kind im hergestellten Geschlecht entwickeln soll. Diese medizinische Indoktrination der Eltern hinsichtlich der geschlechtlichen Anlagen ihres Kindes, lässt diese in einen Zustand der Überbeobachtung des Kindes und seiner geschlechtlichen Entwicklung fallen. Die „restriktive geschlechtliche Erziehung“ zerstört nachhaltig das „Urvertrauen“ des Mutter-Kind bzw. des Eltern-Kind Verhältnisses. Die natürlichen und normalen Schutzinstinkte einer Mutter gegenüber ihrem Kind werden durch einen Schutzmechanismus ersetzt, der das Kind vor seiner individuellen geschlechtlichen Eigenentwicklung schützen will.

Die natürlichen Schutzinstinkte der Mutter, die das normale Leben, Überleben und die Lebensfähigkeit des Kindes zum Inhalt haben, werden durch den ärztlichen Willen der geschlechtlichen Zwangszuweisung polarisiert und unterdrückt. Ursache hierfür ist im Wesentlichen, dass die geschlechtliche Eigenentwicklung des Kindes als „übergroße Bedrohung“ gegenüber den Eltern dargestellt wird. Dies wird durch die Erkenntnisse der Arbeit der Selbsthilfegruppe xy-frauen und deren Beratungsdienste als auch durch psychologische Studien, die sehr häufig das distanzierte Verhältnis intersexueller Menschen zu ihren Eltern zum Inhalt haben, dokumentiert.

Die neuen internationalen DSD Guidelines empfehlen eine erheblich bessere Informierung der Eltern zwischengeschlechtlicher Kinder, ohne ihnen jedoch unmissverständlich deutlich zu machen, dass kein medizinischer Standard existiert. Sie wollen aber weiterhin die Eltern entscheiden lassen über irreversible geschlechtsverändernde Eingriffe an ihren zwischengeschlechtlichen Kleinkindern, was mit der Informierten Einwilligung und damit mit dem Menschenrecht auf Gesundheit (Tz. 8 Allgem. Kommentar Nr. 14, Art. 12 Sozialpakt) unvereinbar ist. Die Eltern werden nach wie vor dazu gebracht, das Menschenrecht auf Gesundheit zu verletzen.

In einem wesentlichen Punkt sind die DSD Guidelines sogar eine deutliche Verschlechterung für die Eltern. Das wirtschaftliche Haftungsrisiko der Mediziner droht auf die medizinisch nun besser, aber menschenrechtlich immer noch völlig unzureichend, informierten Eltern abgeschoben zu werden.

Der Staat ist im Rahmen seiner Verpflichtung zum besonderen Schutz der Familie (Art. 10 CESCR) verpflichtet, auch durch gesetzgeberische Maßnahmen, das Verhältnis zwischen Eltern und Kind zu schützen. Dafür braucht es die vollständige Informierung der zwischengeschlechtlichen Kinder und ebenso die Aufklärung der gesamten Gesellschaft über diese Minderheit, damit Eltern ihr außergewöhnliches Kind genauso ohne übermäßige Ängste vor Diskriminierungen, liebevoll annehmen können wie ein mit eindeutigem körperlichem Geschlecht geborenes Kind.

³⁰ Das gewaltsame Erweitern einer künstlich angelegten Scheide, mit im Durchmesser zunehmenden Stäben, zum Zwecke die Körperöffnung bis zum adulten Alter für die Penetration mit dem Penis des Mannes vorzubereiten.

5.3 Unzureichende soziale Absicherung

Artikel 10 CESCR normiert den besonderen Schutz und Beistand für alle Familienmitglieder. Die soziale Absicherung des Partners ist in Deutschland vor allem für Heterosexuelle durch die Ehe und für Homosexuelle durch die Lebenspartnerschaft³¹ möglich. Auch zwischengeschlechtliche Menschen dürfen hierbei gem. Art. 2 Abs. 2 CESCR nicht benachteiligt werden. Die Lebenspartnerschaft ist in Deutschland vor allem bzgl. der Einkommensteuer und bzgl. der Adoption von Kindern schlechter gestellt als die Ehe, wodurch vielen falsch zugewiesenen zwischengeschlechtlichen Menschen der größere Schutzzumfang durch die Ehe verweigert wird. Zwischengeschlechtliche Menschen, die von ihrem inzwischen gesetzlich bestehenden Recht Gebrauch machen, ihre Geschlechtseintragung offen zu lassen, erhalten keine Geburtsurkunde. Ohne Geburtsurkunde können sie jedoch weder eine Ehe noch eine Lebenspartnerschaft eingehen, sodass ihnen insbesondere der soziale Schutz bzgl. der Rente und der Erbschaft verwehrt bleiben.

Diese geschlechtlich begründeten Benachteiligungen (Art. 2 Abs. 2 CESCR) bzgl. des sozialen Schutzes der Familie sind durch gesetzliche Maßnahmen zu beheben.

Die Heilung dieser Menschenrechtsverletzungen kann dabei nicht in der Transsexualisierung³² der zwischengeschlechtlichen Menschen bestehen. Die Anwendung des Transsexuellengesetzes auf zwischengeschlechtliche Menschen verbietet sich durch die unterschiedlichen medizinisch-wissenschaftlichen Ätiologien und Genesen von selbst.

6. Sondermechanismen

6.1 Eine Möglichkeit der Aufarbeitung: Wahrheitskommission zur Aufklärung der Verletzung der Menschenrechte intersexueller Menschen

Durch das Verschweigen der Zwischengeschlechtlichkeit während des Nationalsozialismus und später nach Prof. Dr. John Money's „Standard“, wie mit dem aktuellen Versuch diese Menschen fälschlicherweise als Männer und Frauen mit DSD zu umschreiben, ist eine ganze Bevölkerungsgruppe aus der Wahrnehmung und aus dem Gedächtnis der Bevölkerungsmehrheit ebenso wie der Angehörigen dieser Minderheit selbst nahezu vollständig getilgt worden. Zum Schutz der zwischengeschlechtlichen Menschen ist es entscheidend, dass diese in der Öffentlichkeit wahrgenommen und die Kenntnis der an ihnen verübten Menschenrechtsverletzungen und des dadurch entstandenen Leids zur Allgemeinbildung werden, damit sich diese Menschenrechtsverletzungen nie wiederholen können. Dafür braucht es entschlossene Schritte. Die Berichterstatterinnen sehen das Instrument einer Wahrheitskommission als besonders geeignet an. Nach dem Vorbild der kanadischen Wahrheitskommission zur Aufarbeitung der Menschenrechtsverletzungen in den indigenen Umerziehungsinternaten sollte dazu ein staatlich finanzierter Ausschuss von Historiker/innen in Zusammenarbeit mit zwischen-geschlechtlichen Menschen gehören. Die Finanzierung von Schadensersatz und Schmerzensgeld sollte im Rahmen dieser Wahrheitskommission über einen aus Steuermitteln und Beiträgen der Ärztevereinigungen gespeisten Fonds erfolgen - mit Rückgriffsmöglichkeit des Fonds gegenüber den tatsächlichen

³¹ Lebenspartnerschaft meint das Gesetz zur Verpartnerlichung homosexueller Lebensgemeinschaften. Die Lebenspartnerschaft ist der Ehe rechtlich jedoch nicht gleichgestellt.

³² Transsexualisierung meint die fälschliche Einordnung intersexueller Menschen als Transsexuelle. Diese ist jedoch falsch: Transsexuelle Menschen treffen eine selbstbestimmte Entscheidung über die Anpassung ihres äußeren Erscheinungsbildes an das innere Geschlecht, während intersexuellen Menschen ein Geschlecht zwangsweise zugewiesen wird.

Schädigern. In Anlehnung an die südafrikanische Wahrheitskommission sollte in den Fällen, wo deutsche Strafgesetze verletzt worden sind, eine deutliche Strafmilderung, aber keine vollständige Strafbefreiung erreicht werden können unter der Voraussetzung der vollständigen Offenlegung aller Patientenakten gegenüber den jeweiligen Patientinnen und gegenüber der Historikerkommission sowie bei Unterstützung der Patienten zu Wiederherstellung ihrer Gesundheit. Zahllose Mediziner haben sich in gutem Glauben oder aus Angst, durch Wegschauen und Schweigen zu Komplizen gemacht. Daher erscheint eine Milderung im Gegenzug zur öffentlichen Aufarbeitung vertretbar. Der Anspruch auf Wiedergutmachung wird auf verschiedenen Ebenen bereits offen diskutiert.

7. Forderungen / Empfehlungen

7.1 Die Forderungen

1. Unterlassen irreversibler chirurgischer und medikamentöser Eingriffe in das Geschlecht, so lange ihnen keine lebensbedrohliche Indikation zugrunde liegt.
2. Kosmetische Eingriffe nur mit ausdrücklichem Einverständnis des Betroffenen selbst unter vollständiger zu dokumentierender, schriftlicher Aufklärung.
3. Die behandelnden Mediziner haben den Betroffenen unaufgefordert bei Entlassung eine vollständige Kopie der dortigen Krankenakte auszuhändigen.
4. Die behandelnden Mediziner haben, insbesondere bei Organentfernungen, den Patienten über alle gegenwärtigen und zukünftigen Risiken des Eingriffs aufzuklären.
5. Insbesondere ist Medizinern die Verpflichtung aufzuerlegen, die aus dem Eingriff resultierende Medikamententherapien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und ihrer Risiken schriftlich gegenüber dem Betroffenen zu erklären.
6. Ausbildung von auf Intersexualität spezialisierten Fachkräften in allen Disziplinen.
7. Bildung von Beratungsteams für Eltern bei Fällen von Intersexualität, bestehend aus Mediziner, Psychologen und Betroffenen.
8. Flächendeckende Einrichtung und Betrieb von Beratungsstellen, die mit Betroffenen besetzt sein sollten.
9. Besondere finanzielle und strukturelle Förderung geeigneter Selbsthilfegruppen.
10. Einarbeitung des Begriffes der Intersexualität in das Recht.

7.2 Notwendige Hilfsprogramme für Betroffene

1. Einrichtung eines Hilfs- und Entschädigungs-Fonds für Betroffene (nach dem Vorbild der Entschädigung für die Opfer der kanad. „residential schools“).
2. Generelle Aufstockung der Rentenbeiträge aller Betroffenen auf das durchschnittliche mittlere Rentenbeitrags-Niveau. Intersexuellen wird durch Traumatisierung und Hormonbehandlung Zeit für ihr berufliches Fortkommen genommen.

3. Rentenrechtliche Regelung für intersexuelle Menschen allgemein, und spezielle Regelung für von geschlechtszuweisenden Maßnahmen Betroffener.
4. Einrichtung eines Präventions- und Rehabilitationsplanes und eines entsprechenden Zentrums zur unter Umständen möglichen Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit.
5. Befreiung von Zuschlägen in den Krankenversicherungsbeiträgen und jeglicher Zuzahlungen.
6. Zugang zu einer diskriminierungsfreien medizinischen Versorgung, die den individuellen Erfordernissen des Geschlechts entsprechen.
7. Aufnahme der durch die medizinischen Zwangsbehandlungen erworbenen Gesundheitsschäden in die Versorgungsmmedizinischen Grundsätze.
8. Besondere Bildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen zum Zweck des Ausgleichs der durch die geschlechtlich bedingten Zwangsmaßnahmen erlittenen Benachteiligungen an der Teilhabe am Leben.
9. Schaffung einer Stelle, besetzt mit einem intersexuell klassifizierten Menschen, bei der Bundesstelle für Antidiskriminierung.

Addendum – Fallstudien - Links

Die Geschichte von Christiane V.

Männliche Geschlechtszuweisung bei AGS xx-chromosomalem Geschlecht

Ich bin als Zweitjüngstes von sieben Kindern eines Architekten und einer Hausfrau zur Welt gekommen. Bei meiner Geburt war sich die Hebamme zunächst unsicher, ob ich ein Junge oder ein Mädchen sei.

Aber für ein Mädchen war zu viel dran an mir – ein Scheideneingang war nicht erkennbar, die zusammengewachsenen Schamlippen hielt man für einen zu klein geratenen, leeren Hodensack, die fehlenden Hoden wurden irgendwo im Leistenkanal oder im Bauchraum vermutet und meine veränderte Klitoris wurde als Mikropenis mit unvollständiger Harnröhre angesehen. Aufgrund fehlender weiterführender Diagnostik und Abklärung meines so veränderten Genitals wurde ich so als Junge klassifiziert und entsprechend in der männlichen Rolle erzogen. Tatsächlich war ich geno- und gonadentypisch ein rein weiblicher Mensch, bei dem eine Erkrankung der Nebennierenrinden, ein adrenogenitales Syndrom mit Salzverlust, vorlag. Deshalb wurden bei mir bereits im Mutterleib zu viele männliche Geschlechtshormone, Androgene, produziert und diese führten zur teilweisen Vermännlichung meiner äußeren weiblichen Genitalorgane. Innerlich und völlig normal entwickelt hatte ich alle zu einem weiblichen Menschen gehörenden Geschlechtsorgane. Eierstöcke, Tuben und Gebärmutter.

Als Kleinkind behauptete ich auch öfter ich sei ein Mädchen, aber meine Eltern hielten meine Äußerungen, meine Geschlechtsdysphorie, für das übliche Kindergerede. Sie konnten mit meinen Aussagen nichts anfangen, diese nicht interpretieren.

Mit ca. 3 – 4 Jahren setzte bei mir eine weiter vermännlichende frühzeitige Pubertät mit auffälligem Längenwachstum und Schambehaarung ein, weil meine Nebennierenerkrankung unbehandelt blieb. In der Grundschule war ich zunächst der Größte in der Klasse, später wegen des vorzeitigen Wachstumsstopps der Kleinste und erntete deswegen viel Spott und Hohn. Die meisten Kinder mieden mich, hatten Angst vor mir, sodass ich damals zum Außenseiter wurde und Freundschaften nicht entstanden.

Ich litt dabei auch unter fürchterlichen Bauchschmerzen, regelmäßig an Übelkeit, Erbrechen sowie unerklärlichen Durchfällen und Schmerzen beim Wasserlassen. Weder mein außergewöhnliches Längenwachstum noch meine anderen Beschwerden waren Gegenstand ärztlicher Untersuchungen. Die Ärzte nahmen an, diese würden irgendwann wieder von alleine verschwinden.

Auf mich selbst wirkte mein äußeres Genitale bedrohlich. Es entwickelte sich ein Ekelgefühl vor meinem Genital. Ich empfand es als nicht zu mir gehörend. Dieses Ekelgefühl war so stark, dass ich mit 13 Jahren versucht mein Genital selbst zu verstümmeln. Etwas drängte mich zum Abschneiden meines äußeren Geschlechtsteiles. Die anerzogene männliche Vernunft hielt mich jedoch davon ab. Diese Verstümmelungsversuche verstand ich damals nicht. Die Versuche hinterließen bei mir Furcht und Schrecken vor mir selbst, ich verstand mich selbst nicht. Ich hatte Angst vor mir selbst und diesen Anfällen, zeitweise glaubte ich, ich sei verrückt. Aus Scham und Angst behielt ich diese Ereignisse tief verborgen in mir selbst. Ich konnte mit niemandem darüber sprechen.

Anlässlich einer Blinddarmoperation im Alter von 16 Jahren entdeckte der Hausarzt „Anteile weiblicher Geschlechtsorgane“ in meinem Bauchraum. Gesagt hat er mir nichts davon. Er hat auch nicht mit meinen Eltern darüber gesprochen. So schickte er mich aber mit der Diagnose „Leistenhoden“ in die nächstgelegene Urologie.

Dort meinten die Ärzte, es müsse „...mehr gemacht werden...“. Was das „...mehr...“ war wurde mir nicht erklärt. Vergeblich suchten die Urologen nach meinen vermeintlichen Hoden, entdeckten aber ein „eierstockartiges Gebilde mit Fimbrien“.

Sie entnahmen eine Gewebeprobe und nähten mich wieder zu. Trotz meiner Unsicherheiten und Fragen nach dem Operationsergebnis erhielt ich nur oberflächliche und nichtssagende Antworten. Die Urologen überließen die Aufklärung über meine körperliche Besonderheit dem Hausarzt. Nach Ausheilung einer schweren Entzündung im Bauch nach der Operation wandte ich mich an den Hausarzt mit der Bitte um Aufklärung.

Er informierte mich über meinen genitalem Befund mit den Worten, die ich nie vergessen werde: „Du bist kein Mann! Du bist auch keine Frau! Du bist ein Zwitter! So ein Fall wie dich gibt es nur eins zu einer Million Geburten pro Jahr. Das kann man nicht heilen. Da kann man nichts dran machen. Damit mußt du leben.“ Er begann höhnisch zu lachen und meinte: „So Menschen wie dich hat man früher auf dem Jahrmarkt ausgestellt und damit Geld verdient. Das kannst du ja auch mal ausprobieren. Da bist du eine Sensation, eine Kuriosität!“.

Ich erlitt durch die traumatisierende ärztliche Aufklärung eine tiefe Depression, eine schwere innere Krise mit körperlichen und seelischen Schockzuständen. Fortan hatte ich Suizidgedanken. Es entwickelte sich ein Gefühl des „Monster-Seins“, ein Gefühl, ich bin kein Mensch mehr, sondern ein Unding, eine Kreatur. Ich traute mich nicht mehr unter Menschen zu gehen. Beziehungen einzugehen lehnte ich aus Angst man könnte mein Anderssein entdecken, mich verhöhnen und verspotten, ab. So zog ich mich weiter in mein Inneres zurück und wurde bis heute zum einsamen Einzelgänger.

Mit 17 Jahren wandte ich mich mit Unterstützung meiner älteren Schwester an die Uni-Klinik in Köln und bat diese um Hilfe. Es folgte eine Reihe medizinischer und diagnostischer Untersuchungen in Köln-Merheim, deren Sinn und Zweck mir auch nach mehrmaligen Fragen nicht erklärt wurde. Auch hier bekam ich nur oberflächliche Auskünfte.

Ich wurde genötigt mich von einer Frau von allen Seiten nackt fotografieren zu lassen. Es wurden ohne meine oder die Zustimmung meiner Eltern, Porträtaufnahmen meines Körpers und meines Genitales angefertigt. Ich wurde auch vor Medizin-Studenten ausgestellt, vor denen ich mich ebenfalls entkleiden sollte. Ich wurde genötigt mich einem Intelligenztest zu unterziehen wobei es immer wieder zu anzüglichen ärztlichen Bemerkungen bezüglich meiner Sexualität und meines „missgestalteten“ Genitales im Beisein von weiblichen Pflegepersonen und Zimmernachbarn kam.

Die Ärzte klärten mich darüber auf, dass ich krebgefährliche Testovare, also ein männlich-weibliches Mischgewebe, in meinem Bauch hätte.

Dieses solle ich mir vorsichtshalber entfernen lassen, damit ich nicht an Krebs frühzeitig versterbe. Über das Ergebnis der Chromosomenanalyse wurde ich so aufgeklärt, dass ich „abgebrochene Chromosomenstücke, die sich falsch zusammengefügt“ hätten besäße. Über meine, den Ärzten bereits seit Langem bekannte, völlig normale rein weibliche Geschlechtszugehörigkeit erfuhr ich nichts. Das Ergebnis des Intelligenztestes erfuhr ich nie.

Aus Angst vor der drohenden Krebsgefahr, ließ ich mich dann im Alter von 18 Jahren in der Klinik Köln-Merheim erneut operieren. Intraoperativ stellte der Urologe meine „normale weibliche Anatomie“ fest, und konnten aber keine männlichen Organe entdecken. Die Ärzte entfernten in dieser Operation meine gesamten gesunden inneren weiblichen Geschlechtsorgane. Eine Aufklärung erhielt ich darüber niemals. Ich wurde in dem Glauben gelassen, dass die Ärzte mir entartetes Gonadengewebe, eine Art Tumor, entfernt hätten.

Das Vorgehen der Ärzte in meinem Fall hatte zur Folge, dass ich mich im Laufe der nächsten Jahre völlig überflüssigen weiteren Operationen zum Aufbau eines männlichen Genitales mit Harnröhrenkonstruktionen, Kunsthoden- Implantationen sowie Penisaufbauten unterzogen habe. Auch wurde ich nach der Kastration auf Anweisung meiner behandelnden Ärzte einer hochdosierten Testosterontherapie zur weiteren Vermännlichung unterzogen. Meine eigentliche Erkrankung, das weibliche „Adrenogenitale Syndrom“ wurde erst viel später mit Cortisonen behandelt.

Seitdem leide ich unter nahezu antibiotikaresistenten chronischen Harnwegsinfektionen mit schmerzhaften Blasenentleerungsstörungen und Restharnbildung. Mein von Natur aus weiblicher Körper wurde durch die Kastration meiner Eierstöcke und des damit verbundenen Ausfalls der körpereigenen Hormonproduktion und die hoch dosierte Gabe von Testosteron weiter stark vermännlicht. Die ursprünglich weibliche Stimme vertiefte sich, es bildete sich eine stark ausgeprägte männliche Stirnglatze sowie eine männliche Körperbehaarung, insbesondere ein starker irreversibler Bartwuchs. Ich leide deswegen heute auch unter einer Vielzahl irreversibler Stoffwechselerkrankungen und schwerer gesundheitlicher Störungen und sozialer und psychischer Beeinträchtigungen.

Aus mir, einer jungen Frau mit einer Störung der Nebennieren, wurde, durch den an mir durch Ärzte verwirklichten rein fremdnützigen Menschenversuch einer chirurgischen und hormonellen Geschlechtsumwandlung von Frau nach Mann, ein Mensch mit einer völlig zerstörten Gesundheit und sozialen Biographie gemacht.

Nun erst, im Alter von 52 Jahren, beginne ich damit die Frau zu werden, die ich schon immer war. Die verlorene Jugend und das Leben einer Frau mit 20, 30 oder 40 Jahren kann mir dies nicht zurückbringen. Die permanente Verletzung meiner intimsten Privatsphäre und die permanente Angst meine Intim- und Körperdaten und Nacktfotos in diversen Internetforen und Fach- und sonstigen Publikationen wiederzufinden, haben mir jegliche Unbefangenheit im Umgang mit anderen Menschen genommen. Unter der hieraus resultierenden psychischen Isolation und der Unfähigkeit tiefer gehende soziale Kontakte zu knüpfen werde ich bis an mein Lebensende leiden.

Die wirklichen Befunde, Diagnosen und Absichten meiner damaligen Ärzte erfuhr ich so erst viele Jahrzehnte später unter anderem aus einem Schreiben meines damaligen behandelnden Oberarztes der Inneren Medizin der Klinik Köln-Merheim an das Kreiswehrrersatzamt Krefeld, in dem es heißt: *„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...“*.

Die ablative Kastration meiner intakten weiblichen Geschlechtsorgane, die gesamte medizinische und psychologische Behandlung und die mir so untergeschobene Frau zu Mann-Geschlechtsumwandlung hat insbesondere vielfältige soziale und sozialrechtlich, lebenslange nachteilige Konsequenzen bei Behörden, öffentlichen Einrichtungen und vor deutschen Gerichten.

Bei meiner Nachfrage nach meiner vollständigen Schwerbehindertenakte beim für mich zuständigen Versorgungsamt Düsseldorf im August 2009 bekam ich eine offensichtlich unvollständige Akte zugesandt. Auf mein Nachfragen nach den fehlenden Aktenteilen wurde mit der dreisten Behauptung diese sei vollständig abgespeist. Ich musste auch hier, wie bereits bei meinen Nachforschungen nach meiner Krankenakte in Köln-Merheim, mehrmals beharrlich darauf bestehen, bis mir eine vollständige Akte zugesandt wurde.

Als dies nach einigen unangenehmen Schriftwechseln und Wochen später tatsächlich geschehen war, musste ich zu meinem Entsetzen feststellen, dass diese Behörde bereits bei meinem Erstantrag 1987 zur Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft über meine tatsächliche, biologisch rein weibliche, Konstitution und das was mit mir auf ärztliche Veranlassung geschehen war, bis ins kleinste Detail informiert war.

Dennoch informierte auch das Versorgungsamt mich nicht darüber und enthielt mir dieses vorsätzlich vor. Das Versorgungsamt entschied meinen Antrag von 1987, trotz meiner biologisch weiblichen Geschlechtszugehörigkeit, auf dem medizinisch hergestellten männlichen Personenstand. Es wurden 1987 alle meine Beeinträchtigungen, wie die Kastration meiner Eierstöcke, Entfernung meiner Gebärmutter, chirurgische Verstümmelung meiner äußeren weiblichen Genitalorgane, paradox geschlechtliche vermännlichende Hormonbehandlung, der geschlechtlich männlichen Zwangszuweisung und anderer Gesundheitsstörungen bei der Feststellung meines GdB´s nicht berücksichtigt.

Es wurde so, entgegen aller naturgesetzlichen Eigenschaften meiner Person auf der Grundlage einer falschen biologisch männlichen Geschlechtszugehörigkeit nachteilig auch nur ein GdB von 50° festgestellt. Das Versorgungsamt hat dies in beispielloser Weise vorsätzlich und wider besseres Wissen getan.

Seit April 2010 führe ich ein sozialgerichtliches Verfahren gegen diese Behörde, sowie gegen das Land Nordrhein Westfalen, da das Landesversorgungsamt Düsseldorf meinem berechtigten Begehren auf Neufeststellung meiner Behinderung im Sinne des Sozialgesetzes nicht gefolgt ist. Darüber hinaus wird von der Behörde alles getan um das Verfahren unerträglich zu verschleppen. Seit meinem Antrag auf Aufhebung der Entscheidung von 1987 und der beantragten Neufeststellung meiner Schwerbehinderung rückwirkend im Oktober 2009 greifen die Sozialbehörden auf alle verzögernden Mittel zurück, um eine für mich positive Entscheidung zu unterlaufen. Dazu gehört z.B. die unbegründete Anforderung angeblich noch weiterer fehlender ärztlicher Unterlagen mit der Androhung der Einstellung des Verfahrens, obwohl die Unterlagen alle vollständig von mir vorgelegt wurden. Unhaltbare Begründungen und obskure Behauptungen durch den Rechtsbeistand der Gegenseite, wie z.B. eine medizinische, das Geschlecht betreffende Behandlung habe sich nach dem Personenstand und gegen das biologische Geschlecht zu richten, zeigt diese menschenverachtende, respekt- und würdelose Praxis des Versorgungsamtes Düsseldorf.

Es ist für mich nicht mehr nachvollziehbar, dass man in Deutschland derartige Praktiken immer noch und insbesondere behördlich anwendet.

Geschichte von M. Frances Maria K.

Vorab muss ich darauf aufmerksam machen, dass alleine das Niederschreiben dieser Zeilen seelisch wie körperlich äußerst belastend ist.

Nun mein Blick auf Aspekte meines Lebens:

Ich bin im Februar 1957 als 1. Kind eines Ingenieurs und einer englischen Krankenschwester in Stuttgart geboren. Ich habe 2 jüngere Schwestern. Ich wurde getauft auf die Namen Margarethe Frances Maria. Meinen 2. Vornamen Frances wagte ich erst im Jahre 1996 zu führen.

Meine Eltern erzogen uns als Mädchen. Als ich Jahre 1969 ins ehemalige Jungengymnasium wechselte, weigerte ich mich im Rock zur Schule zugehen. Meine Mutter fuhr in die Schule und klärte, ob ich in Hosen in die Schule gehen könne, da für sie nur das Tragen von Schulröcken denkbar war. Ende 1972 wurde ich wegen ausbleibender Menstruation humangenetisch untersucht, es wurde eine XY-Gonadendysgenese/ Hermaphroditismus masculinus festgestellt.

Meinen Eltern und später mir, wurde Folgendes mitgeteilt:
Ich hätte einen XY-Chromosomensatz, könne wohl keine eignen Kinder bekommen und ich müsse wegen eines Krebsrisikos operiert werden. Meine Mutter begehrte Einsicht in die Röntgenbilder, was ihr verwehrt wurde.

Im März 1973 wurde ich operiert. Mit einem Pfannenstielschnitt/ Bikinischnitt wurden beide Keimdrüsen komplett entfernt. Weitere Sexualorgane wurden zum Glück nicht angetastet. Man erklärte mir, dass ich nun Hormontabletten lebenslang einnehmen müsse. Meine schulischen Leistungen wurden schlechter und ich verließ das Gymnasium. In der Folge befolgte ich jeden ärztlichen Rat. Jedoch musste ich alle paar Jahre die Östrogenpräparate wechseln, da sich mein Gesundheitszustand kontinuierlich verschlechterte.

Im Jahr 1976 beendete ich die Fachoberschule mit dem Abschluss der Fachhochschulreife. Ich studierte Landwirtschaft an der Gesamthochschule/ Witzenhausen und schloß 1982 als Agraringenieur ab. Eine Stelle in Großbritannien auf einer ökologischen Versuchsfarm konnte ich aus gesundheitlichen Gründen nicht halten.

Ich zog nach Berlin zu meinem Freund und studierte Internationale Agrarwirtschaft mit Dipl.-Ing./ Master im 1986. Ich hatte zunehmend gesundheitliche Probleme und wurde auf ärztlichen Rat auf meno-/ postmenopausale Hormonpräparate gesetzt. Mein Gesundheitszustand und mein Wohlbefinden verschlechterte sich weiter. Ich dachte, an den Hormonen kann es nicht liegen, weil mir die behandelnden Ärzte zusicherten, mit den Hormonen sei alles in Ordnung. Nach dem 2. Studium ging meine Beziehung zu Ende. Ich zog in der Folge mehrfach um, es gelang mir nicht eine Arbeitsstelle zu halten. Eine weitere Liebesbeziehung scheiterte daran, dass ich keine Kinder bekommen könne.

Mit Freundinnen eine enge Beziehung einzugehen wagte ich nicht. Ich wollte nicht, dass unser Beziehung als Lesbisch gesehen würde.

1996 zog nach mehreren Ortswechseln nach Hamburg. Dort eröffnete mir 2000 meine damalige Hausärztin, wenn wir meine Stoffwechselwerte (Cholesterin- und Zuckerwerte) nicht in Ordnung bringen, würde ich nur noch 4-5 Jahren zu leben haben.

2002 kam ich über einen Zeitungsartikel über eine Dokumentation "Das verordnete Geschlecht" in Kontakt mit anderen intersexuellen Menschen und der Selbsthilfegruppe

„xy-frauen“. In der Folge suchte ich einen Spezialisten in Lübeck auf, der mir mitteilte, dass mit mir alles in Ordnung sei, vermittelte mir eine Gesprächstherapie. Obwohl sich mein körperliche Zustand, meine Wohlbefinden, meine Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben immer weiter verschlechterte, teilte mir die Psychologin mit: „, Sie haben viele gesunde Anteile, sie sind eine ganz normale Frau“. Dies war mir keine Hilfe. Ich suchte weiter, die xy-frauen waren mir eine große Hilfe. Auf einer Veranstaltung 2004 zum Thema Intersexualität lernte ich meine jetzige Ehefrau Claudia Jürgen kennen.

In der Folge machten wir und gemeinsam auf den Weg, die Akten einzufordern, Klarheit zu erlangen. Nachdem mir bewusst wurde, dass ich kerngeschlechtlich eher keine Frau bin, ich erkannte, dass die an mir vollzogene Kastration meiner Hoden der Grund meines gesundheitlichen und dem damit einhergehendem Leistungseinbruch ist, die gegengeschlechtliche Hormontherapie mich 32 Jahre von einem erfüllten Leben entfernt haben, stellte ich meine Hormonversorgung mit ärztlicher Begleitung auf Testosteron um.

Die folgenden beiden Zitate von Prof. Dr. Claus Overzier (aus: Die Intersexualität, Thieme Verlag 1961, Schlusswort S. 537) unter dessen Leitung ich 1973 operiert wurde – möge sich der Leser diese immer wieder vergegenwärtigen.

„.... Nicht selten wird man „gegen“ die Kerngeschlechtsdiagnose und den histologischen Befund entscheiden. **Man sollte diese Befunde dann dem Patienten, vielleicht sogar dem Hausarzt verschweigen.**

... Das Deutsche Bürgerliche Recht enthält keine Sonderbestimmungen über Zwitter¹⁾ Die Motive zum Entwurf eines Bürgerlichen Gesetzbuches I (1986), 26 möchten sich dem – nicht aufgenommenen – Satz des römischen Rechts D. 1,5,10²⁾ anschließen, der den Zwitter dem überwiegenden Geschlecht zuzählt, in Fällen „tatsächlicher Ungewissheit“ aber diejenigen Rechtsfolgen eintreten lassen, „welche sich nach den Umständen aus dem Zustande der Ungewissheit bzw. Unerweislichkeit ergeben“. Die modernen juristischen Lehrbücher und Kommentare enthalten sonst nichts mehr zu diesem Fragekomplex, verweisen jedoch auf eine Entscheidung des Kammergerichts³⁾, in der es heißt: „Falls kein Geschlecht überwiegt, können die Normen nicht angewandt werden, die ein bestimmtes Geschlecht zur Voraussetzung haben.“ Diese Normen beziehen sich auf Ehe, das Testament usw. **Die Einstellung des Gesetzgebers ermöglichen also eine ärztliche Entscheidung.“**

Die „fett“ gedruckten Sätze zeigen die Einstellung von Prof. Dr. Overzier zur Intersexualität. Er operierte nicht nur mich sondern andere mir persönliche bekannte Intersexuellen Menschen Eltern und Betroffene wurden bewusst falschinformiert. Sein Vorgehen ist bis heute noch vielfach medizinisch und psychologisch gängige in der medizinischen Ausbildung und Praxis. Betroffene die sich in Selbsthilfe engagieren werden in manchen Medizinerkreisen im negativen Sinne als „Aktivisten“ bezeichnet.

2010 nach über zwei Jahren der Begutachtungen und Widersprüchen habe über Einschaltung des Sozialgericht einen Grad der Behinderung und Schwerbehindertenausweis erhalten: von 1977-2000 + 2006-2007 GdB 70, von 2001–2006 einen GdB 90 und diesen seit 09/2007 unbefristet.

Der GdB bezieht sich auf folgende Sachverhalt, beinhaltet jedoch nur die wesentlichsten gesundheitlichen Gründe und Ursachen:

1. XY-Gonadendysgenese mit schwerer Unterentwicklung des Penis., Verlust beider Hoden vor Abschluss der körperlichen Entwicklung, langjährige paradoxgeschlechtliche Hormontherapie mit der Folge

- ausgeprägter Gynäkomastie, multipler Stoffwechselstörungen, Osteopenie und psychoreaktiver Störung (Einzel-GdB 90)
- 2. Hypophysenadenom mit geringer Prolactinämie (Einzel-GdB 20)
- 3. Wirbelsäulenleiden (Einzel-GdB 10)
- 4. Rezidivierendes Erysipel am linken Fuß und Stammvarikosis Grad IV an beiden Beinen (Einzel-GdB 10)
- 5. Metabolisches Syndrom bei Diabetes mellitus (Einzel-GdB 10)

Zu 1: **„XY-Gonadendysgenese mit schwerer Unterentwicklung des Penis“** Auf Grund einer Deletion des SRY auf dem Y-Chromosomen kam es zur genetisch bedingt zur Ausbildung eines „weiblich erscheinenden respektive eines männlich unzureichend entwickelten Genitale“. Dies führte zu weiblichen Personenstand und weiblicher Sozialisation. Wegen ausbleibender Menstruation wurde 1973 eindeutig ein Pseudohermaphrodit masculinus festgestellt. Durch die irreversible Entfernung meiner Hoden ohne sach- und fachgerechte Aufklärung - weder meiner Eltern noch mir - führte Overzier eigenmächtig eine chromosomal gegengeschlechtlich - chirurgische und hormonelle Zwangszuweisung durch. In einem Arztbrief schreibt er bezüglich der Operation :

„... 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. ...“

„Verlust beider Hoden vor Abschluss der körperlichen Entwicklung“, die Entfernung meiner Hoden / Kastration im Alter von 16 Jahren unterbrach schlagartig meine Pubertät und meine geschlechtliche Reifung und Selbstfindung krass ausgedrückt meine Körperliche Unversehrtheit und die Möglichkeit der sexuellen Selbstbestimmung. Durch die **„langjährige paradoxgeschlechtliche Hormontherapie mit der Folge ausgeprägter Gynäkomastie, multipler Stoffwechselstörungen, Osteopenie und psychoreaktiver Störung“** wurde meine Gesundheit und mein Körper massiv und irreversible geschädigt.

Zu: 2 bis 5. All diese GdB-relevanten Probleme wurden durch die paradoxe Hormontherapie nach meiner Kastration hervorgerufen und verschlimmert.

So blieb es immer noch bei einer massiven hormonellen Fehlbehandlung. Wie wichtig mein Karyotyp ist, weiß ich heute - unter Testosteron normalisiert sich mein Stoffwechsel zusehends. Ich hatte z. B. 32 Jahre lang Testosteronwerte einer Frau nach den Wechseljahren. Und zu meiner angeblichen Identitätskrise – das sind allein die negativen Auswirkungen der paradoxen Hormonersatztherapie und den fortlaufenden ärztlichen Falsch- bzw. Nichtaufklärungen und Beschwichtigungsversuche, all das nur um mich in dem „weiblichen Rolleverständnis“ von John Money und Claus Overzier u.a. zu halten. Hätte ich eine „schwerwiegende Identitätskrise gehabt“ hätte ich nicht mehrere erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungen. Die Folgen der Östrogentherapie zwischen 1973 – 2005 jedoch waren Arbeitsplatzwechsel incl. Arbeitslosigkeit - sowie mehrere Umzüge und Ende von Beziehungen – sind einzig durch die ablative Kastration und den Östrogenen sowie den falschen gesellschaftlichen, rechtlichen, psychologischen und medizinischen Vorstellungen von „den beiden richtigen Geschlechtern“ verursacht – lagen also zu keinem Zeitpunkt in meiner eigenen Person.

Weitere Absurditäten und Aspekte meine Lebens sind:

Eine gesetzliche Vorschrift koppelt das Krankenkassenkarte-Geschlecht an den Personenstand Eine „männliche“ Krankenkassenkarte wird mir ohne Personenstandänderung verweigert. So kommt es wegen „meiner weiblichen Karte“ vor, dass zu festgestellten Laborwerten nicht die männlichen sondern weil automatisiert die weiblichen Referenzwerte aufgeführt werden.

Dies führt zu Fehldiagnosen und Falschbehandlungen. Es wäre zwar einfach für mich den Personenstand nach § 47 PStG zu ändern – ich bin jedoch mit einem Echten Hermaphroditen mit männlichem Personenstand verheiratet (Keine Lebenspartnerschaft). Unsere Ehe könnte also gefährdet sein. Für die Krankenkasse wäre es kein technisches Problem eine entsprechende Karte auszustellen – Wegen Geschlechts, Behinderung und sexuellen Identität werde ich diskriminiert Ein Fall nach dem AGG und BGG und PStG.

Trotz guter Ausbildungen incl. Hochschulstudium konnte ich mich wegen - stark eingeschränkter Leistungsfähigkeit - Arbeitsplätze nicht halten – ich brauchte allein 80 % meiner Energie um 20 % meiner Leistungsfähigkeit zu mobilisieren. Gesunde Menschen müssen zwar ihren inneren Schweinehund überwinden haben dann aber mehr oder minder 100 % ihrer Leistungsfähigkeit/ Energie zur Verfügung. Inzwischen sehe ich mich heute nicht mehr in der Lage – auch unter Testosteron – bei aller Leistungsbereitschaft/ und –willen einen 3-stündigen Arbeitstag durchzuhalten.

Egal ob unter Östrogen oder Testosteron – die Notwendigkeit regelmäßiger Kontrollen aller Gesundheitsparameter erfordern fast monatlich irgendeinen Arzttermin – beim Hausarzt, Radiologen, Endokrinologen, Andrologen/ Urologen, Gynäkologen etc.. bei jedem neuen Arzt bedeutet dies „wieder alles erklären“. (Personenstand = Geschlecht Krankenkassenkarte). Der Testosteronlevel ist genauso schwierig einzustellen wie die Insulingabe bei Diabetes.

Links:

Parallelbericht des Verbands Intersexuelle Menschen e.V. zum 6. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zu CEDAW:

www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/AIP_Germany43_en.pdf

http://intersex.shadowreport.org/public/Association_of_Intersexed_People-Shadow_Report_CEDAW_2008.pdf

An Emerging Ethical and Medical Dilemma: Should Physicians perform Sex Assignment on Infants with Ambiguous Genitalia? (Hazel Glenn Beh and Milton Diamond Ph. D.)

www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2000to2004/2000-emerging-ethical-dilemma.html