18. Wahlperiode

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission)

Wortprotokoll
der 60. Sitzung

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission)
Berlin, den 31. Mai 2017, 16:00 Uhr
Paul-Löbe-Haus
2.200

Vorsitz: Beate Walter-Rosenheimer, MdB

Tagesordnung

Tagesordnungspunkt 1 **Seite 8**

Öffentliches Expertengespräch zum Thema „Intersexuelle Kinder und Jugendliche“

Tagesordnungspunkt 2 **Seite 24**

Beratung der Stellungnahme „Ausstattung von Kindern – was brauchen Kinder, um gut und kindgerecht aufzuwachsen“

Tagesordnungspunkt 3 **Seite 24**

Beratung der Stellungnahme „Kinder- und Jugendhilfe“

Tagesordnungspunkt 4 **Seite 24**

Anliegen an die Kinderkommission

Tagesordnungspunkt 5 **Seite 24**

Verschiedenes

Inhaltsverzeichnis

Anwesenheitslisten	Seite 3
Sprechregister	Seite 7
Wortprotokoll	Seite 8

XIIV. UA.

18. Wahlperiode

Deutscher Bundestag

Sitzung der Kinderkommission (13. Ausschuss)
Mittwoch, 31. Mai 2017, 16:00 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
CDU/CSU Pols, Eckhard		CDU/CSU Launert Dr., Silke	
SPD Rüthrich, Susann		SPD Bahr, Ulrike	
DIE LINKE. Müller (Potsdam), Norbert		DIE LINKE. Wunderlich, Jörn	
BÜ90/GR Walter-Rosenheimer, Beate		BÜ90/GR Dörner, Katja	

24. Mai 2017

Anwesenheitsliste
Referat ZT 4 - Zentrale Assistenzdienste, Tagungsbüro
Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32251, Fax: +49 30 227-36339

Seite 1 von 1

Kilv. öA

Tagungsbüro

Deutscher Bundestag

Sitzung des Unterausschusses Kinderkommission (13. Ausschuss)
Mittwoch, 31. Mai 2017, 16:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU		
SPD		
DIE LINKE.		
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Jens Kolodziejczak (Büro Walter-Rosenheimer)	Grüne	[Unterschrift]
Steffen Lehnert	Linke	[Unterschrift]
Szczesny, Jenny	Grüne	[Unterschrift]
Gehrke, Franziska	Grüne	[Unterschrift]

Stand: 20. Februar 2015
Referat ZT 4 – Zentrale Assistenzdienste, Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32659, Fax: +49 30 227-36339

ki/lu.

Tagungsbüro

Sitzung des Unterausschusses Kinderkommission (13. Ausschuss)
Mittwoch, 31. Mai 2017, 16:00 Uhr

Ministerium bzw. Dienststelle (bitte in Druckschrift)	**Name** (bitte in Druckschrift)	**Unterschrift**	**Amts-bezeichnung**
BMG	HALBACH		
BMG	ROTHERT		RD
BMFSFJ	Keim		

Stand: 20. Februar 2015
Referat ZT 4 – Zentrale Assistenzdienste, Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32659, Fax: +49 30 227-36339

**Anwesenheitsliste der Sachverständigen
für das öffentliche Expertengespräch zum Thema
„intersexuelle Kinder und Jugendliche“
am Mittwoch, dem 31. Mai 2017, 16.00 Uhr**

Name	Unterschrift
Dr. Petra Follmar-Otto Deutsches Institut für Menschenrechte	
Maja Liebing AMNESTY INTERNATIONAL – Sektion Deutschland e. V.	
Ev Blaine Matthigack Systemische_r Berater_in, Peer Berater_in für Inter* und ihre Angehörigen, Inter* und Trans*Beratung – QUEER LEBEN	
Lucie Veith Bundesverband intersexueller Menschen e. V.	

Sprechregister der Abgeordneten und Sachverständigen

Abgeordnete

Vors. Beate Walter-Rosenheimer	8, 17, 19, 22, 24
Abg. Eckhard Pols	18, 21
Abg. Susann Rüthrich	17
Abg. Norbert Müller	19

Sachverständige

Ev Blaine	8, 22, 23
Dr. Petra Follmar-Otto	22
Maja Liebing	10, 23
Lucie Veith	14, 20, 24

Tagesordnungspunkt 1

Öffentliches Expertengespräch zum Thema „Intersexuelle Kinder und Jugendliche“

Vorsitzende: Ich freue mich sehr, dass Sie gekommen sind und sage herzlich Willkommen allen Zuhörerinnen und Zuhörern und Gästen, die hier sind. Ich weise kurz darauf hin, dass wir ein Wortprotokoll fertigen, daher ist auch immer ins Mikrofon zu sprechen, damit wir es erstellen können. Wir arbeiten hier im Konsens, das ist eine andere Art der Arbeit als in anderen Gremien. Ich stelle kurz meine Kollegen vor und gehe der Reihe nach vor: Das ist Eckhard Pols von der CDU/CSU-Fraktion, Susann Rüthrich von der SPD und Norbert Müller von der Linken. Dann begrüße ich Sie sehr herzlich, ich habe Sie gebeten sich zu einigen, in welcher Reihenfolge Sie sprechen. Das haben Sie getan. Dann begrüße ich Sie, Ev Blaine, herzlich willkommen. Ich begrüße Lucie Veith sehr herzlich, Maja Liebing und Petra Follmar-Otto, herzlich willkommen. Dann gebe ich Ihnen gleich das Wort, wir haben gesagt, so ca. 10 Minuten. Ich mache mich dann bemerkbar, wenn es zu lang wird. Ich freue mich auf Ihre Vorträge. Wir haben heute das Thema „Intersexuelle Kinder und Jugendliche“, ich finde es notwendig, dieses Thema immer wieder auf die Tagesordnung zu setzen. Es gibt viele Gründe dafür, die werden Sie uns auch nennen, damit noch mehr passiert in dieser Gesellschaft. Ich begrüße auch die Vertreterin des Familienministeriums, Unterabteilungsleiterin Dr. Doris Kein, herzlich willkommen, schön, dass Sie da sind, und aus dem Gesundheitsministerium Fr. Dr. Alexandra Halbach, herzlich willkommen. Und jetzt das Wort an Sie.

Ev Blaine (Systemische_r Berater_in, Peer Berater_in für Inter* und ihre Angehörigen, Inter* und Trans*Beratung – QUEER LEBEN): Zunächst möchte ich mich herzlich für die Einladung zu diesem ExpertInnengespräch bedanken. Ich bringe Ihnen Erfahrungen aus der Beratungspraxis der Inter* und Trans*Beratung QUEER LEBEN mit. Im Juli 2014 hat die Inter* und Trans*Beratung QUEER LEBEN der Schwulenberatung Berlin ihre Arbeit als medizinunabhängiges Angebot aufgenommen. Ich biete professionalisierte Peerberatung für Inter* und ihre Angehörigen sowie Fortbildung zum Thema Intergeschlechtlichkeit an. Die zu Beratenden, die zu uns in die Beratung kommen, sind vielfältig in ihren Selbstbeschreibungen und Anliegen. Beratung findet mit Erwachsenen jeden Alters, Jugendlichen und ihren Angehörigen sowie Studierenden, Fachpersonal und auch MultiplikatorInnen statt. In meiner Arbeit durfte ich z. B. meine Expertise zum Thema Intergeschlechtlichkeit als Mitglied des Beirats zur Erstellung eines Beratungsleitfadens von Pro Familia mitteilen. Unsere Beratungsstelle hat im Auftrag des Bundesfamilienministeriums einen Flyer für Eltern von Interkindern erstellt. Im Februar 2017 wurde auf unserem Fachtag die wissenschaftliche Begleitforschung zu unserer Beratungsstelle vorgestellt. Diese führt aus, dass von Juli 2014 bis September 2016 von unserer Beratungsstelle allein 70 Fortbildungen, mehr als 20 Vorträge sowie 1.300 Beratungsgespräche gehalten wurden. Das war bis September 2016, die Tendenz ist steigend. Die wissenschaftliche Begleitforschung benennt als unser zentrales Merkmal die communitybasierte Ausrichtung, die beinhaltet, dass zu Beratende von BeraterInnen mit eigener Trans- oder Interlebenserfahrung beraten werden. Warum dies so wichtig ist, wurde im Forschungsbericht in fünf Kategorien zusammengefasst: fachliche Kompetenz, Empathie, Beratungsbeziehung, Ermutigung bzw. Vorbildfunktion und Empowerment bzw. politische Ebene. So sagt z. B. eine zu beratende Person: „Ich fühlte mich verstanden, und das ist alles, was zählt.“ Communitybasierte, professionalisierte Beratung von Interperson für Interperson und ihre Angehörigen fängt erst an.

In Berlin bin ich in der glücklichen Situation, täglich für das Thema Intergeschlechtlichkeit ansprechbar zu sein. In meiner Beratungsarbeit kann ich reflektiertes ExpertInnenwissen aus eigener Intererfahrung zur Verfügung stellen, und dies in einem professionellen Rahmen. Das ist nicht selbstverständlich. Es werden Räume für Beratung vorgehalten, es gibt Gruppenangebote und wir können auch weitere Helfer in Systeme verweisen. Die Infrastruktur für peer-counceling aus einer nichtmedikalisierenden, professionalisierten Perspektive heraus ist noch nicht ausgebaut, Beratung findet größtenteils – darüber sprechen wir auch gerne – noch ehrenamtlich statt. Hier braucht es tatsächlich Ausbau der Strukturen, und zwar bundesweit. Neben meiner Arbeit in der Bera-

tungsstelle bin ich auch Vorstandsmitglied der deutschen Sektion der Organisation Intersex International (OII), die ich 2008 mitbegründet habe. Ich bin auch Mitglied des Stearingboards OII Europa, des europäischen Dachverbands der Interorganisationen. Unsere Organisationen setzen sich aus Mitgliedern zusammen, die alle bekannten Intervariationen vertreten und auch einige, die nicht diagnostizierbar sind. Trotz der Heterogenität der Gruppe sind geschlechtsverändernde Eingriffe ohne Einwilligung ein gemeinsames Thema. Erwachsene Interpersonen wurden oftmals, wie Sie auch alle wissen, in der Kindheit und Jugend diesen Eingriffen unterzogen, und dieses Thema findet sich in meiner praktischen Beratungsarbeit ebenso wieder. Entscheidungen, die stellvertretend für Interkinder getroffen werden, haben lebenslange Konsequenzen und Folgen. Bedenken Sie bitte, dass intergeschlechtliche Personen nur für eine bestimmte Lebensspanne Kinder und Jugendliche sind, den längeren Teil des Lebens verbringen Intermenschen hoffentlich als Erwachsene, die die Konsequenzen der Entscheidung tragen, die sie selbst nicht getroffen haben. Oftmals sind die Folgen geschlechtsverändernder Eingriffe u. a. Trauma und Folgeoperationen. Als wir 2014 unsere Beratungsarbeit aufnahmen, konstatierte die Gleichstellungs- und FrauenministerInnenkonferenz der Länder im Oktober 2014, dass intergeschlechtliche Kinder und Jugendliche noch nicht ausreichend vor Sterilisation und Eingriffen an den äußeren Genitalien geschützt seien. Die Vereinten Nationen empfahlen zuletzt im März 2017 anlässlich der CEDAW-Schattenberichtssitzung, Rechtsvorschriften zu erlassen, die Interkinder und -jugendliche vor medizinisch nicht notwendigen Eingriffen schützen, bis sie selbst informiert einwilligen können. Eine Studie von Dr. Ulrike Klöppel von Dezember 2016 erbringt zum ersten Mal Daten und zeigt, dass kosmetische Eingriffe an Interkindern nicht zurückgegangen sind, sondern sich die Diagnosen verschoben haben. So finden pro Jahr laut Studie immer noch 1.700 Eingriffe statt. Also bleibt dies eine Lebensrealität von Interkindern und -jugendlichen. Aufgrund der Kritik von Interessensverbänden bemühen sich mittlerweile auch medizinische Fachgesellschaften um Reformierung der Leitlinien, zuletzt im Sommer 2016 mit der Veröffentlichung der überarbeiteten AWMF S2k-Leitlinie: Varianten der Geschlechtsentwicklung ist der Name. Sie sind nicht verbindlich und einige weitere Fragen bleiben offen, insbesondere was deren Umsetzung angeht.

Bei meiner Arbeit mache ich die Erfahrung, dass es auch beim medizinischen Fachpersonal große Unsicherheiten gibt. Hier wären wir bei einem weiteren Schwerpunkt meiner Arbeit in der Beratungsstelle. Neben meiner Beratungsarbeit werde ich für regionale, bundesweite sowie internationale Fortbildung angefragt. Die Erfahrung aus dieser Arbeit ist, dass einerseits eine große gesellschaftliche Offenheit für geschlechtliche und körperliche Vielfalt formuliert wird, dass aber andererseits das Thema Intergeschlechtlichkeit noch sehr wenig bekannt ist – immer noch. Was bedeutet das für Interjugendliche und auch für Interkinder? Unsere Gesellschaft ist von einem binären Denken geprägt, die Zweigeschlechterordnung durchdringt verschiedenste Ebenen, wie Kultur, Gesellschaft, Recht, Medizin, Wissenschaft und auch die Politik. In der Lebenswelt treffen intergeschlechtliche Kinder und Jugendliche immer noch auf ein Umfeld, das wenig über sie weiß. Die Sprache, die gemäß einer Zweigeschlechterordnung gebraucht wird, verbleibt oft immer noch im Abwertenden. Eine sprachlich positive, wertschätzende Bezeichnung für Interkörperlichkeiten, wie z. B. Variationen der Geschlechtsmerkmale, ist noch wenig bekannt. Auch in der Öffentlichkeit gibt es wenige Rollenvorbilder. Erst vor wenigen Monaten haben sich drei berühmte Persönlichkeiten als inter geoutet. Kinder und Jugendliche, das wissen wir alle, brauchen Identifikationsfiguren. Wenn sie sie aber die Berichterstattung zu diesem Outing der Persönlichkeiten beobachten, so finden sie weiterhin Begriffe, die Interkörper als nicht gleichwertig zu männlichen und weiblichen Körpern betrachten. Aus einer systemischen Haltung heraus, ich bin systemische_r Berater_in, gehen wir davon aus, dass Sprache Wirklichkeiten konstruiert. Ich habe Ihnen ein Zitat von dem klugen Wittgenstein mitgebracht: „Die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt.“ Und hier kann ich nur mit diesem Zitat ansprechen, was in den verschiedensten Diskursen passiert. Wir haben unterschiedliche Sprachgebrauche, unterschiedliche Welten. Die Erfahrung aus der Beratungsstelle zeigt, dass insbesondere Fortbildung für pädagogisches Fachpersonal und ErzieherInnen hilfreich ist, um Interkinder und

-jugendliche gut auf ihrem Weg zu unterstützen. Fortbildung für Hebammen und Fachpersonal aus dem Gesundheitsbereich vermitteln entpathologisierendes Wissen, um die Eltern zusätzlich gut zu unterstützen. Viele Eltern haben zumeist Sorgen und Ängste, wenn sie erfahren, dass sie ein Kind mit Variation der Geschlechtsmerkmale bekommen haben. Fachbegriffe sollen innerhalb kürzester Zeit verstanden werden. Zeit ist hier sowohl bei der Vermittlung von ersten Informationen als auch auf dem weiteren Weg ein wesentlicher Faktor. In unserer Fortbildungsarbeit vermitteln wir Wissen zu Lebensrealitäten von Intermenschen, zu den Begrifflichkeiten, die in unserer Gesellschaft verhandelt werden, und auch zu den unterschiedlichen Diskursen. Wir bieten Methoden und Sichtweisen an, das Thema enttabuisierend und entstigmatisierend zu vermitteln. Dadurch können wir Fachkräften aus dem Bereich Gesundheit und Soziales – aufbauend auf ihrem Fachwissen – ganz spezifische Informationen zum Thema Intergeschlechtlichkeit geben.

Ich konnte hier auch wegen der Zeit nur einige wenige, aber zentrale Aspekte meiner Beratungsarbeit vorstellen. Natürlich gibt es weitere Themen für Interjugendliche und auch für ihre Familien. Auf die Netzwerkarbeit und auch auf das Fehlen von Materialien für verschiedenstes Fachpersonal kann ich jetzt nicht weiter eingehen, aber vielleicht gelingt es uns noch in der Diskussion, darauf einzugehen. Eine große Frage ist, was mit dem offenen Personenstand passiert. Wie kann dieser reformiert werden? Was ist mit Interkindern, die jetzt wachsen und einen offenen Personenstand haben? Was passiert in Kita, in Schule, wenn sie quasi geoutet sind? Abschließend möchte ich sagen, dass ich aus meiner eigenen Erfahrung heraus weiß, dass es für Interkinder und -jugendliche mit einem unterstützenden Umfeld schon heute gelebte Realität ist, ihren Weg selbst zu gehen. Wie wir sie weiter unterstützen können, was weiter passieren muss, da freue ich mich, heute Teil der Diskussion sein zu dürfen. Vielen Dank.

Maja Liebing (AMNESTY INTERNATIONAL – Sektion Deutschland e. V.): Auch von meiner Seite aus herzlichen Dank für die Einladung. Amnesty International hat kürzlich am 10. Mai einen Bericht mit dem Titel „Zum Wohle des Kindes? – für die Rechte von Kindern mit Variation der Geschlechtsmerkmale in Dänemark und Deutschland“ veröffentlicht. Ich habe einige Exemplare des Berichts mitgebracht, die Sie gerne mitnehmen können. Zu dem Begriff „Variation der Geschlechtsmerkmale“ hat Ev gerade schon etwas gesagt. Wir haben uns für diesen Begriff entschieden, da er alle Geschlechtsmerkmale umfasst, die nicht der typischen, binären Auffassung von Körpern als entweder männlich oder weiblich entsprechen. Amnesty befasst sich in diesem Bericht mit den medizinischen Aspekten dieses Themas, aber auch mit den zugrundeliegenden Fragestellungen der Diskriminierung, was auch schon hier angeklungen ist. Bevor ich näher auf den Bericht eingehe, möchte ich gerne ein paar Worte zu den Zahlen sagen. Vielleicht ist Ihnen das auch schon bekannt, aber ich denke, es ist vielleicht ganz gut, darüber zu sprechen, von welcher Größenordnung wir überhaupt ausgehen. Die interministerielle Arbeitsgruppe zur Situation inter- und transsexueller Menschen geht davon aus, dass in Deutschland je nach der zugrundeliegenden Definition zwischen 8.000 und 120.000 intergeschlechtliche Menschen leben. Es gibt aber auch andere Schätzungen, die davon ausgehen, dass bis zu 1,7 Prozent der Bevölkerung betroffen sind, das wären deutlich mehr Menschen. Das sind ungefähr so viele Menschen, wie es Menschen mit roten Haaren gibt. Das macht es ganz anschaulich, dass wir hier von keiner besonders kleinen Gruppe sprechen. Das Problem ist, dass aufgrund der unterschiedlichen Arten der Datensammlung und Klassifizierung Schätzungen erschwert werden und es außerdem sehr viele nichtdiagnostizierte Fälle gibt. Unser Bericht war ein Rechercheprojekt unseres internationalen Sekretariats. Das Research-Team ist im Zeitraum Oktober 2015 bis März 2017 mehrmals nach Dänemark und Deutschland gereist. Wir haben Interviews mit Betroffenen, Eltern, AktivistInnen, Fachleuten aus dem Medizin- und Gesundheitsbereich und WissenschaftlerInnen geführt. Wir haben verschiedene wissenschaftliche Studien und auch Berichte von zivilgesellschaftlichen Organisationen ausgewertet sowie Empfehlungen von UN-Vertragsverfahren berücksichtigt und außerdem die rechtliche Situation in Dänemark und Deutschland analysiert.

Das zentrale Ergebnis unseres Berichts ist, das hat Ev auch schon erwähnt, dass nach wie vor diese

Operation an Kindern, die mit einer Variation der Geschlechtsmerkmale zur Welt kommen, stattfinden – entweder Operation oder auch hormonelle Behandlung. Diese Behandlungen sollen der „Normalisierung“ dienen, damit diese Kinder in das binäre Schema, männlich oder weiblich, passen. Viele dieser Eingriffe sind invasiv und irreversibel, sie haben schädliche Auswirkungen auf die Kinder, die ja auch irgendwann zu Erwachsenen werden und dann lange unter diesen Folgen leiden. Die Behandlungen, die wir in unserem Bericht kritisieren, sind Behandlungen, bei denen es sich nicht um Notfallmaßnahmen handelt. Diese gibt es auch, das erkennen wir eindeutig an, aber sehr viele Operationen fallen nicht in diese Kategorie. Im Rahmen vieler Gespräche haben wir festgestellt, dass wirklich auch langfristig anhaltende körperliche und seelische Schäden die Folge sind. Weder in Dänemark noch in Deutschland gibt es verbindliche Leitlinien dafür, wie Menschen mit Variation der Geschlechtsmerkmale medizinisch versorgt und betreut werden. Es gibt in Deutschland zwar Leitlinien, die bereits erwähnt wurden, aber diese sind nicht verbindlich und die Umsetzung ist unklar. Ein weiteres großes Problemfeld ist, dass den Eltern häufig gar nicht die notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt werden, um fundierte Entscheidungen über ihre Kinder fällen zu können. Die Beratung findet sehr häufig ausschließlich durch die Ärzte statt, die dann ein sehr einseitiges Bild vermitteln. Es ist auch erwiesen, dass sich Eltern häufiger gegen eine Operation entscheiden, wenn sie interdisziplinär beraten wurden, also durch andere Eltern, durch Betroffene. Auch für die Erwachsenen – die Kinder sind ja irgendwann erwachsen – fehlt es an psycho-sozialer Unterstützung und Aufklärung darüber, was passiert ist. Sehr oft gibt es aufgrund von Verjährungsfristen überhaupt keinen Zugang zu den Krankenakten, d. h. manche Menschen wissen überhaupt nicht, welchen Operationen oder Behandlungen sie ausgesetzt waren. Aufgrund des mangelnden Zugangs zu den Akten haben sie auch keine Möglichkeit, irgendeine Art der Entschädigung einzufordern.

Ich möchte gerne ein paar Zitate aus unserem Bericht vorlesen, weil ich finde, dass diese Zitate das Thema sehr anschaulich machen. Eine deutsche Aktivistin sagt: „Die Ärzte dachten, dass sie uns etwas Gutes tun, damit wir besser in die Gesellschaft passen. Was sie nicht verstehen, ist, dass es mit einem verstümmelten Körper noch schlimmer ist.“ Ich denke, das Zitat zeigt ganz gut, worum es bei dem Thema geht, dass man den Ärzten und natürlich auch den Eltern nicht vorwerfen kann, dass sie den Kindern etwas Böses wollen – sie denken, sie fällen eine richtige Entscheidung, aber sie berücksichtigen dabei nicht in ausreichendem Maße das Kindeswohl und die langfristigen Folgen ihrer Entscheidung. Diese Entscheidungen für eine Behandlung werden oft so gerechtfertigt, dass die Kinder keinem Mobbing ausgesetzt werden sollen, weil sie irgendwie anders sind, und das sind natürlich auch begründete Sorgen. Aber letztendlich haben wir in dem Bericht festgestellt, dass die langfristigen körperlichen und seelischen Schäden deutlich schwerer wiegen als Mobbing im Kindergarten oder in der Schule. Ein weiteres Zitat von einer dänischen Psychologin: „Ab dem Tag ihrer Geburt wird Personen mit Variation der Geschlechtsmerkmale eingebläut, dass mit ihnen etwas nicht stimmt und sie repariert werden müssen. Das hat massive psychologische Folgen.“ Es ist natürlich eine Folge dieses binären Denkens, dass den Betroffenen immer vermittelt wird, dass mit ihnen etwas schief gegangen ist, dass sie sozusagen „nicht richtig sind“. Da hoffen wir, dass unser Bericht ein bisschen das Umdenken anstoßen kann, dass es letztendlich auch ein Diskriminierungsthema ist und es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, dieses Thema anzuerkennen und anzuerkennen, dass intergeschlechtliche Kinder oder Kinder mit Variation der Geschlechtsmerkmale ganz normal sind. Ein letztes Zitat noch von Eltern eines intergeschlechtlichen Kindes, das im Säuglingsalter operiert wurde: „Seit den Operationen ist Johannes sehr ängstlich geworden, er schläft nicht gut. Uns wurde keinerlei psychologische Unterstützung für ihn angeboten.“ Das ist auch noch ein Aspekt, den wir in unserem Bericht beleuchten, dass die Operation an Kleinkindern, an Säuglingen häufig auch damit gerechtfertigt wird, dass es einfacher für das Kind sei, in einem sehr frühen Alter operiert zu werden, weil sich die Kinder dann nicht an die Operation erinnern würden und ganz normal aufwachsen könnten. Und das stimmt so nicht, weil auch kleinste Kinder von solchen Eingriffen traumatisiert werden können. Es ist eine für Kleinkinder sehr wichtige Bindungsphase an die Eltern, aus der sie plötzlich herausgerissen werden, sie erleiden Schmerzen. Es

ist nachgewiesen, dass Kinder, die im Kleinkindalter operiert wurden, auch langfristig Ängste haben.

Wir sind eine Menschenrechtsorganisation, d. h. wir haben uns das Thema unter einer menschenrechtlichen Perspektive angeschaut. Deswegen wollte ich kurz spezifisch darauf eingehen, welche Menschenrechte von diesem Thema berührt sind. Für uns sind die Kinderrechte ganz zentral, also das Wohl des Kindes ist immer vorrangig zu berücksichtigen und insbesondere auch die Fähigkeiten und Rechte des Kindes, seine Meinung zu äußern. Weitere Menschenrechte, die betroffen sind, sind das Recht auf Achtung des Privatlebens, auf das höchst erreichbare Maß an Gesundheit, das Recht auf körperliche Unversehrtheit und auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper.

Welche Forderungen leiten wir aus diesem Bericht ab? Zum einen die Forderung an die Bundesregierung, an das Gesundheitsministerium, sicherzustellen, dass alle medizinischen Fachkräfte die Leitlinien zur Behandlung von Menschen mit Variation der Geschlechtsmerkmale umsetzen. Wir denken, dass in diesen Leitlinien viel Richtiges steht, aber sie sind nicht verbindlich und auch wenig bekannt. Es ist auch Pflicht der Bundesregierung sicherzustellen, dass Krankenhäuser invasive und irreversible Genitaloperationen und Hormonbehandlungen an Säuglingen und Kindern mit Variation der Geschlechtsmerkmale, bei denen es sich nicht um Notfallmaßnahmen handelt, einstellen. Wir sind auch der Ansicht, dass die Beratung und Diagnoseprozesse zu Variation der Geschlechtsmerkmale und auch die psychologische Unterstützung für Erwachsene und Kinder und deren Eltern von den Krankenkassen bezahlt werden sollten. Dann geht es auch um eine Änderung des Personenstandsrechts. Personen, die das ihnen zugewiesene Geschlecht ändern möchten, sollten dies durch ein schnelles, transparentes und frei zugängliches Verfahren tun können. Das ist ein Thema, das nicht nur intergeschlechtliche Menschen betrifft, aber eben auch. Eine weitere, sehr wichtige Forderung ist aus unserer Sicht, dass Erwachsene, die schädlichen unnötigen Behandlungen unterzogen wurden, Zugang zu Schadenersatz oder einer anderen Form der staatlichen Entschädigung erhalten sollten. Vielen Dank.

Dr. Petra Follmar-Otto (Deutsches Institut für Menschenrechte): Herzlichen Dank. Das Recht auf Anerkennung der Geschlechtlichkeit und Geschlechtsidentität und auch Schutz vor Diskriminierung und Gewalt sind Menschenrechte. Das Deutsche Institut für Menschenrechte hat im Auftrag des BMFSFJ in diesem Jahr ein sehr umfangreiches Gutachten mit dem Titel „Geschlechtervielfalt im Recht“ vorgelegt. Dieses Gutachten wurde in Auftrag gegeben, um die Arbeit der interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- und Transsexualität zu beraten. Wir haben in diesem Gutachten einerseits die Anwendungspraxis der neuen Regelung des § 22 Absatz 3 Personenstandsgesetz evaluiert. Das ist die gesetzliche Regelung, die seit 2013 das Offenlassen des Geschlechtseintrags bei intergeschlechtlichen Kindern regelt. Wir haben andererseits die kinder- und menschenrechtlichen Anforderungen an die Rechtsordnung zur Stärkung und zum Schutz inter- und transgeschlechtlicher Menschen analysiert und auf dieser Basis – u. a. auch auf der Basis eines Rechtsvergleichs – einen Entwurf für ein umfassendes Geschlechtervielfaltsgesetz entwickelt. Das Ganze wurde von einem Konsultationsprozess durch inter- und transgeschlechtliche Menschen und ihrer Organisationen begleitet. Ich möchte dafür ausdrücklich Lucie Veith und auch OII danken. Diese Begleitung und Beratung in dem Prozess war unglaublich wertvoll. Wir haben uns außerdem mit verschiedenen Disziplinen in der Wissenschaft und mit ExpertInnen für unterschiedliche Rechtsbereiche ausgetauscht, denn dieses Geschlechtervielfaltsgesetz, das wir entwickelt haben, hat einen sehr breiten Zugang und betrifft ganz unterschiedliche Rechtsbereiche. Ich möchte mich heute zum einen auf die Ergebnisse der Untersuchung, die für intergeschlechtliche Kinder besonders relevant sind, konzentrieren und zum anderen auf die Frage des rechtlichen Regelungsbedarfs, weil das unser Schwerpunkt war, wohlwissend, dass Recht Wirklichkeit nicht verändern kann, sondern dass dafür sehr viele Maßnahmen notwendig sind, viele davon wurden schon von den Vorrednerinnen genannt. Wie in meiner schriftlichen Stellungnahme will ich insbesondere auf zwei Punkte eingehen, nämlich zum einen auf den bereits angesprochenen Schutz vor aufschiebbaren geschlechtsverändernden Eingriffen an intergeschlechtlichen Kindern und zum anderen auf die Frage der Fortentwicklung des

Personenstandsrechts über § 22 Absatz 3 Personenstandsgesetz hinaus.

Der Schutz von Kindern vor geschlechtsverändernden medizinischen Eingriffen, bevor sie in diese einwilligen können, ist ein zentrales Anliegen der internationalen Menschenrechtsgremien. Der Kinderrechtsausschuss, der Ausschuss über die Rechte von Menschen mit Behinderung und der Antifolterausschuss haben das Deutschland in den vergangen Jahren immer wieder ins Stammbuch geschrieben. Nach den Worten dieser Ausschüsse sind die Operationen eine schädliche Praxis, die schwerwiegende langfristige körperliche und psychische Leiden verursachen. Deswegen ist der Staat in der Pflicht, solche Eingriffe wirksam zu verhindern. Bereits nach dem geltenden deutschen Recht ist eigentlich eine wirksame Einwilligung der Eltern in solche aufschiebbare Operationen ausgeschlossen, weil es sich um höchstpersönliche Entscheidungen handelt. Wenn die Operationen aufschiebbar sind, muss gewartet werden, bis das Kind, der Jugendliche, der Mensch selbst einwilligungsfähig ist und diese Entscheidung über seinen/ihren Körper treffen kann. Ich will anerkennen, dass in den letzten Jahren viel in Bewegung gekommen ist, es gibt ein Umdenken in der Gesellschaft und in der Medizin, es gibt Aufklärung und Sensibilisierung, es gibt die Änderung medizinischer Leitlinien, die auch schon angesprochen wurde. Allerdings hat die schon erwähnte Studie von Klöppel gezeigt, dass die relative Häufigkeit von Eingriffen in den Jahren 2004 bis 2014 trotzdem gleichgeblieben ist. Und das zeigt aus unserer Sicht, dass es einen gesetzlichen Handlungsbedarf gibt. Das sieht im Übrigen auch der UN-Frauenrechteausschuss so, der im März 2014 Deutschland ein explizites gesetzliches Verbot solcher Operationen und die Einrichtung eines Entschädigungsfonds empfohlen hat. Unser Vorschlag, den wir im Gutachten entwickelt haben, ist im Recht der elterlichen Sorge, also im Bürgerlichen Gesetzbuch, klarstellend als Einwilligungsverbot für aufschiebbare medizinische Eingriffe an intergeschlechtlichen Kindern zu verankern. Für medizinisch notwendige Eingriffe schlagen wir vor, als Sicherungsmechanismus ein familiengerichtliches Genehmigungsverfahren einzuführen und die Beratungsansprüche von Eltern und Kindern zu stärken. Das zum ersten Punkt, den Operationen, nun zum Personenstandsrecht.

Die Einführung des § 22 Absatz 3 Personenstandsgesetz war ein Schritt zur rechtlichen Anerkennung intergeschlechtlicher Menschen. Er wirft aber in der Praxis und im Recht viele Probleme auf. Deshalb kann er aus unserer Sicht nicht das Ende des Weges sein. Die Regelung, die seit 2013 gilt, sieht vor, dass bei intergeschlechtlichen Kindern die Geschlechtsangabe im Personenstand zwingend offen bleibt. Die Rechtsprechung hat mittlerweile geklärt, dass nach dieser Regelung auch ein dauerhaftes Offenbleiben möglich ist und dass es auch möglich ist, auch für erwachsene intergeschlechtliche Personen nachträglich die Löschung eines fälschlich eingetragenen binären Eintrags zu verlangen. Die Frage, ob auf der Grundlage dieser Regelung auch die Eintragung eines benannten dritten Geschlechts verlangt werden kann, liegt gerade zur Klärung beim Bundesverfassungsgericht, der Bundesgerichtshof hat das abgelehnt. Die Evaluation bestand aus verschiedenen Komponenten: Wir haben über die Landesinnenministerien Daten der Standesämter zur Anwendung der Regelung des § 22 Absatz 3 abgefragt; wir haben eine quantitative Online-Befragung von Berufsgruppen, die mit intergeschlechtlichen Kindern zu tun haben, vor allen Dingen mit medizinische Berufsgruppen und StandesbeamtInnen und die Beratungspraxis durchgeführt; wir haben dann auch noch eine qualitative Untersuchung mit denselben Gruppen und Eltern intergeschlechtlicher Kinder und intergeschlechtlichen Menschen selbst durchgeführt. Nach dieser Evaluation ist das zentrale Problem in der Praxis des § 22 Absatz 3 Personenstandsgesetz, dass er schlicht nicht angewendet wird. Wenn man die Zahlen der von Standesämtern gemeldeten offengelassener Einträge mit einer medizinisch erwartbaren Zahl von Geburten intergeschlechtlicher Kinder in dem Zeitraum Ende 2013 bis Ende 2015 vergleicht, kommt man zu dem Schluss, dass nur bei ungefähr 4 Prozent der Geburten intergeschlechtlicher Kinder der Geschlechtseintrag offengelassen wurde – also weitgehende Nichtanwendung der Regelung. Warum ist das so? Ein Grund ist die fehlende gleichzeitige Umsetzung der Änderungen beispielsweise im IT-System oder im Urkundenwesen. So wurde beispielsweise aus Krankenhäusern berichtet, dass es im Computersystem für den Eintrag von Geburten einen rosa und einen blauen Button gibt und sonst keinen – es ist also schlicht technisch nicht möglich, einen

offengelassenen Eintrag weiter zu melden. Es ist auch offensichtlich, dass es an Information der medizinischen Berufsgruppen mangelt, sowohl über diese rechtliche Neuregelung als auch über Intergeschlechtlichkeit insgesamt. In den Befragungen wurde auch deutlich, dass es bei den StandesbeamtInnen und den medizinischen Berufsgruppen eine Tendenz zur Einstellung gibt, dass ein binärer Eintrag für das Kind besser sei und dass deswegen darauf hingearbeitet wurde, einen binären Eintrag zu erreichen. Es wurde von Folgeproblemen in nichtangepassten Verwaltungsverfahren berichtet. Dadurch kommen die Eltern intergeschlechtlicher Kinder mit einem offengelassenen Geschlechtseintrag in eine ständige Erklärrolle, Rechtfertigungsrolle und Sensibilisierungsrolle beispielsweise gegenüber staatlichen Stellen. In einem Fall berichtete ein Elternteil etwa, dass eine Ummeldung beim Meldeamt schlicht nicht durchführbar gewesen sei, bis das Elternteil willentlich willkürlich dem Kind einen binären Geschlechtsbegriff zugeordnet habe, weil andernfalls der Vorgang technisch einfach nicht abzuschließen gewesen sei. Es wurde uns von dem bereits angesprochenen Stigmatisierungseffekt eines Zwangsoutings intergeschlechtlicher Kinder in einer nach wie vor wenig sensibilisierten Gesellschaft berichtet. Rechtlich gibt es Rechtsunsicherheiten, weil keine Folgeänderungen etwa im Eherecht oder im Abstammungsrecht vorgenommen wurden. Hier ist unklar, wie intergeschlechtliche Personen mit offengelassenem Geschlechtseintrag zu behandeln sind, wenn von rechtlichen Regelungen tatbestandlich ein binäres Geschlecht vorausgesetzt wird. Grund- und menschenrechtlich erfordert das Recht auf gleichberechtigte rechtliche Anerkennung auch nichtbinärer Geschlechtlichkeit und Geschlechtsidentitäten eigentlich eine weitere Geschlechtskategorie und nicht ein reines Offenlassen des Geschlechts im Sinne eines Nichtgeschlechts. Zudem ist grund- und menschenrechtlich die Vermeidung von Zwangsouting als Recht auf Schutz des Intimbereichs vor ungewollter Offenbarung und die Anerkennung, dass sich der Geschlechtseintrag nach der selbstbestimmten Identität der Person richten muss, geboten. Das weist eigentlich in die Richtung, dass es sinnvoll wäre, eher über ein Aufschieben des Geschlechtseintrags für alle Kinder statt über eine Sonderregelung für intergeschlechtliche Kinder nachzudenken, die dann nur einen sehr kleinen und sehr erkennbaren und damit der Diskriminierung ausgesetzten Kreis von Kindern erfasst. Entsprechende Vorschläge haben wir in unserem Vorschlag eines Geschlechtervielfaltgesetzes entwickelt. Wir empfehlen eine rechtliche Fortentwicklung in jedem Fall auch im Personenstandsrecht, aber nicht isoliert im Personenstandsrecht, sondern beispielsweise auch im Familienrecht, im Antidiskriminierungsrecht und in vielen weiteren Rechtsbereichen, in denen die Anerkennung und der Schutz nichtbinärer Geschlechtlichkeiten und Geschlechtsidentitäten noch weiter fortgesetzt werden kann.

Ich will mit drei Empfehlungen mit unterschiedlicher Dringlichkeit schließen. Wir denken, dass der Gesetzgeber schnellstmöglich, d. h. wirklich zu Beginn der nächsten Legislaturperiode ein klarstellendes Verbot medizinisch nicht notwendiger Operationen an intergeschlechtlichen Säuglingen und Kindern festschreiben sollte. Wir empfehlen der Bundesregierung, einen Prozess zur Einrichtung eines staatlichen Entschädigungsfonds für intergeschlechtliche Menschen aufzunehmen, die ohne ihre informierte Einwilligung geschlechtszuweisenden Operationen unterzogen wurden. Und wir empfehlen auch, im Laufe der kommenden Legislaturperiode eine Reform der Rechtsordnung zum Schutz und zur Anerkennung der Geschlechtervielfalt anzugehen, zu der auch eine geschlechterinklusive Fortentwicklung des Personenstandsrechts gehört. Vielen Dank.

Lucie Veith (Bundesverband intersexueller Menschen e. V.): Vielen Dank für die Einladung. Ich komme ja immer wieder gerne, aber viele Dinge wiederholen sich und das ist eigentlich schade. Wir organisieren die Selbsthilfe in Deutschland für intersexuelle Menschen, haben zwei große bundesweite Selbsthilfegruppen und viele örtliche Gruppen, die wir unterstützen. Wir beraten intergeschlechtliche Menschen jeden Alters und ihre Angehörigen, unterhalten eine Beratungsstelle in Emden am Gesundheitsamt und eine Geschäftsstelle in Schortens. Wir werden vom Land Niedersachsen unterstützt, das ist aber auch alles, und davon versuchen wir, alles zu bestreiten. Aber ich werde heute nicht über Geld reden, das wäre mir zu billig, denn hier geht es tatsächlich um Grund- und Menschenrechte, um Persönlichkeitsrechte,

die immer noch nicht geklärt sind. Tatsache ist, dass 2017 intersexuellen Kindern immer noch die Genitalien verstümmelt werden, also gesunde Organe ohne eindeutig nachgewiesene medizinische Notwendigkeit entfernt werden – darüber müssen wir reden. Und darüber, dass es keine Lösung ist, dass wir die Gruppe dieser Menschen einfach nur anders benennen, früher hießen sie nämlich intersexuell, Hermaphroditen und intergeschlechtlich; dann hießen sie in der Medizin „Mensch mit DSD – Disorders of Sex Development"; heute werden sie als Menschen mit Varianten der geschlechtlichen Differenzierung benannt. Aber sie erleben bis zum heutigen Tag keinen staatlichen Schutz – und das ist wirklich, ich muss das so sagen, unfassbar in unserer Republik, dass wir das nicht hinkriegen. Lediglich im Personenstand scheint es eine Gruppe zu geben, die nicht männlich oder weiblich anerkennt, das sind die Menschen, die scheinbar kein Geschlecht haben. Denn das sagt dieser neue Personenstandsfall aus, wenn kein Geschlecht eingetragen ist. Die gesunden Körper dieser Kinder werden als abnormal klassifiziert und zum medizinischen Notfall erklärt, obwohl sie es nicht sind; ohne Einwilligung dieser intersexuellen Kinder selbst werden in der Regel auch heute noch kosmetische Genitaloperationen an ihnen vollzogen und das Genital vereinheitlicht. Eltern werden bis zum heutigen Tage unzureichend aufgeklärt, denn eine Aufklärung ist gar nicht möglich. Nur das wird nicht benannt, das müsste aber dokumentiert werden. Erkenntnisse über Potentiale oder Zukunftsrisiken sind wenig bekannt – und wenn sie bekannt sind, werden sie verschwiegen. Tatsächlich handelt es sich um Genitalverstümmlung vor dem Abschluss der körperlichen Reife. International hat sich hier analog zum Begriff FGM für die weibliche Genitalverstümmlung als Beschreibung das IGM, das steht für Intersex Genital Mutilation, implementiert. Bei beiden Formen wird in Kauf genommen, dass das sexuelle Empfinden vermindert oder gänzlich zerstört wird. Mehr als 90 Prozent dieser intersexuellen Menschen finden sich nach dieser Verstümmelung im weiblichen Personenstand wieder. Das ist bis zum heutigen Tage so, reden wir nicht drumherum. Seit zwei Legislaturperioden reden wir darüber, und es passiert nichts. Die Generation der so Geschädigten begehrt schon seit den 90er Jahren auf und kämpft um ein Leben in Würde. Längst hat die Wissenschaft nachgewiesen und erkannt, dass bei genauerem Hinsehen jeder Mensch eine geschlechtliche Variation ist und dass das Anderssein eine Varianz ist – der Normalfall.

Für den grund- und menschenrechtlichen Schutz sollte das Geschlecht eines Menschen keine Rolle spielen. Wendet man sich der Realität zu, ergibt sich hier ein erschreckendes Bild. Intersexuelle Kinder werden und wurden bis zum heutigen Tag zumeist durch Kastration systematisch ihrer Fortpflanzungsfähigkeit beraubt. Kein Kind ist fortpflanzungsfähig. Und wenn diese Kinder gonadektomiert werden, wissen wir nicht, wie sie sich entwickelt hätten. Das heißt, Sterilisation an Kindern wird bis zum heutigen Tag legal durchgeführt. Dies dient in der Regel der Sicherung eines Operationsergebnisses nach der Geschlechtszuweisung. Wenn man ein Kind zugewiesen, ein kosmetisches Genital gemacht hat, entfernt man die Gonaden, damit sich das nicht verändert, wenn die Pubertät einsetzt. Dadurch werden die Hormone nicht produziert und es bleibt in diesem OP-Zustand. Es wächst aber auch nicht mehr richtig mit, es deformiert. Eine solche Wegnahme der gesunden hormonproduzierenden Organe und eine lebenslange Substitution mit körperfremden Hormonen löst gesundheitliche Probleme aus, die zu versorgen sich niemand in der Lage sieht. Eine Erwachsenenversorgung für intersexuelle Menschen gibt es zudem auch nicht. Die meisten Opfer dieser Praktiken tragen massive psychische und physische Schäden davon, unter denen sie ein Leben lang leiden. Der Deutsche Ethikrat, beauftragt von der damaligen Bundesregierung, hat die Medizin zu mehr Zurückhaltung und zur Umkehr aufgerufen – das war 2012. Die Antwort dieser Berufsgruppe war eindeutig. Seit der Konsensus-Konferenz DSD sah alles anders, alles viel besser aus. Den Beweis, dass das nicht wahr ist, haben alle nachfolgenden Untersuchungen, Verfahren und Gutachten gezeigt. Seit zwei Legislaturperioden wird verschleppt, bezweifelt, abgewogen und ausgesessen – so stellt sich dies für die Selbstvertretung intersexueller Menschen dar. Dabei wird anerkannt, dass alle Menschen ein Teil unserer Gesellschaft sind und dass sie als gleichberechtigte Bürger ein Recht auf freie Entfaltung und Entwicklung sowie auf gleichberechtigte Teilhabe am Leben haben.

Seit dem 1.11.2013 ist in § 22 Absatz 3 Personenstandsgesetzt geregelt: „Kann das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden, so ist der Personenstandsfall ohne eine solche Angabe in das Geburtsregister einzutragen.“ Allerdings hat sich die Frage, ob diese Regelung Kinder wirksam vor Diskriminierung und medizinischen Eingriffen schützt, selbst beantwortet. Die Erfahrungen in der Selbsthilfe und die Zahlen des Statistischen Bundesamtes widerlegen diese Hoffnung. Selbst die neuen AWMF S2k-Leitlinien schützen diese Kinder nicht wirksam. Ich war selbst an der Erstellung dieser Leitlinie beteiligt, aber Ärzte sagen: „Naja, wir wissen schon, dass wir das so nicht machen sollen, aber wenn die Eltern dann drauf drängen, dann machen wir‘s eben.“ Ich frage mich dann, wer macht solche Angebote? Trotz vieler politischer Anläufe ist diese Praxis nicht vom Tisch, und diese Praxis führt dazu, dass neben den irreversiblen Schäden und bleibenden Traumata viele intersexuelle Kinder und Jugendliche trotz hervorragender Potentiale erhebliche Erschwernisse und Benachteiligungen erleben, die dann in der Folge auch wirtschaftliche Probleme nach sich ziehen. Den Opfern wird damit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bereits im Kindesalter unmöglich gemacht bzw. erschwert. Die Verstümmelungen nach IGM führen immer zu einer Schwerbehinderung im Sinne des SGB IX und stellen eine unmenschliche Behandlung im Sinne der UN-Konvention gegen Folter dar. Die so verstümmelten Menschen haben zudem Schutzansprüche aus der UN-Behindertenrechtskonvention als Schwerbehinderte. Auch diese werden nicht erfüllt. Die Bundesrepublik kommt ihren Vertragsverpflichtungen, die sich aus zahlreichen ratifizierten UN-Konventionen ergeben, nicht nach. Im Parallelbericht von 2008 zum 6. Staatenbericht Deutschlands zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau, CEDAW, wird darauf verwiesen, dass jede mit dem Geschlecht begründete Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung die Vertragsstaaten mit Artikel 2 verpflichtet, alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung durch Personen, Organisationen und Unternehmen zu ergreifen. 2016 hat der UN-Ausschuss erneut geprüft und die Bundesrepublik aufgefordert, innerhalb von zwei Jahren einen Zwischenbericht zu den inlandsbezogenen Empfehlungen zu liefern, u. a. zur Weiterentwicklung der Antidiskriminierungsgesetzgebung. Die Sonderbehandlungen, die an intergeschlechtlichen Kindern vollzogen werden, stellen aus meiner Sicht die stärkste und schwerste Diskriminierungsform wegen des Geschlechts überhaupt dar. Die Stärkung des Gewaltschutzes insbesondere für geflüchtete Frauen und Frauen mit Behinderungen, auch die Gewalt in der Medizin an intergeschlechtlichen Menschen, ein gesetzliches Verbot medizinisch nicht notwendiger Operationen an intergeschlechtlichen Kindern würde ich dort mit einbeziehen. Sowohl in den abschließenden Bemerkungen zur Behindertenrechtskonvention und zum Sozialpakt als auch im Staatenbericht zur Kinderrechtskonvention werden die medizinisch nicht notwendigen Operationen gerügt.

Amnesty International, wir haben das heute schon gehört, hat die Situation der intersexuellen, intergeschlechtlichen Kinder untersucht und nun 2017 eine Kampagne gestartet. Dort wird festgestellt, dass die Operationen eindeutig eine Kindeswohlverletzung darstellen und die Praxis in Deutschland angeprangert. In der Entschließung 2016/2096 des Europäischen Parlamentes heißt es übrigens „das Europäische Parlament in der Erwägung, dass auch intersexuelle Personen, die Genitalverstümmelung unterzogen werden, unter Auswirkung auf ihre körperliche, psychologische und sexuelle reproduktive Gesundheit leiden.“ In Punkt 61 heißt es dann: „Das Europäische Parlament fordert die Mitgliedstaaten auf, die Genitalverstümmelung an Frauen und intersexuellen Personen zu verhindern, sie zu verbieten und zu bestrafen und eine psychologische Gesundheitsversorgung in Verbindung mit der körperlichen Versorgung der Opfer und mit diesen Praktiken bedrohte Personen zu gewährleisten.“ Ich denke, das ist eine ganz klare Aufforderung des Europäischen Parlaments. Die Erkenntnisse der sozialwissenschaftlichen Evaluation des § 22 Absatz 3 Personenstandsgesetz und die gewonnen Erkenntnisse des Deutschen Instituts für Menschenrechte decken sich mit den Alltagserfahrungen intergeschlechtlicher Kinder, Jugendlicher und Erwachsener in Bezug auf gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit, die diese vielfältig erleben und erleiden. Auch die gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit gegenüber intergeschlechtlich

Geborenen, die in den Antworten und der Haltung der Standesbeamten und der Menschen aus dem medizinischen Betrieb, abgebildet ist, unterstreicht die überfällige Notwendigkeit umgehender gesetzlicher Regelungen. Die Nichterfüllung geschlechtlicher Vorstellungen darf nicht zum Ausschluss von rechtlichem Schutz führen. Dies ist weder mit der Logik noch mit ethischen Grundsätzen noch mit der Anwendung guter Sitten vereinbar.

Medizin und Anwaltschaft haben eine privilegierte Stellung, auch die Medizin kontrolliert sich selbst. In 13 Jahren ist es ihr nicht gelungen, sich selbst zu stoppen. Daher ist es notwendig, dass Sie, die Parlamentarier, eingreifen und dem Spuk ein Ende bereiten, die körperliche Unversehrtheit und die Selbstbestimmung gewährleisten und damit auch intergeschlechtliche Kinder schützen. Kosmetische Genitaloperationen an Kindern und das Entfernen hormonproduzierender Organe ohne nachgewiesenes Leiden oder lebensbedrohlicher Erkrankung sind unmenschliche Behandlungen und müssen staatlich verboten werden. Lassen Sie es bitte nicht zu, dass in Deutschland statistisch jeden Tag ein Kind an den Genitalien verstümmelt wird. Diese Operationen sind unmenschlich und lösen Leiden aus, die sich im Lebenslauf multiplizieren. Ein Verbot muss jetzt festgeschrieben werden. Ein Verbot analog der Regelungen in § 26a Strafgesetzbuch, Verstümmelung weiblicher Genitalien, ist überfällig. Eine weitere Option und eine deutliche Orientierungshilfe wäre auch ein Zusatz zu § 1631 BGB, wie von mir schon mehrfach vorgeschlagen, ein klarstellendes Verbot medizinisch nicht notwendiger Operationen, ein neuer § 1631 e BGB vielleicht. Eltern können nicht in eine geschlechtszuweisende oder vereinheitlichende medizinische Maßnahme an den Genitalien oder Keimdrüsen ihres Kindes einwilligen, es sei denn, die Maßnahme ist zur Abwendung einer lebensbedrohlichen Situation erforderlich – so könnte das heißen. Das wäre ein Satz, der die Kinder schützen würde. Ein Familiengericht könnte dann vielleicht auch die vitale Indikation feststellen. Darüber könnte man diskutieren, muss man aber nicht. Ich denke, dieses Verbot würde erstmal schützen, und darum geht es. Ich appelliere an Sie, beenden Sie das Leiden intergeschlechtlich geborener Kinder, indem Sie ihnen zu Grund- und Menschenrechten verhelfen, zu körperlicher Unversehrtheit. Seit Beginn der jetzigen Legislaturperiode sind mehr als 1.000 intersexuelle Kinder in Deutschland verstümmelt worden. Beenden Sie diese Diskriminierung noch in dieser Amtszeit, ich bitte Sie darum. Vielen Dank.

Vorsitzende: Vielen Dank an Sie alle. Wir haben jetzt eine Fragerunde, also es darf sich jeder/jede hier melden. Es dürfen alle mitsprechen, das erfordert immer ein bisschen Mut. Jetzt habe ich die Meldung von Susann.

Abg. **Susann Rüthrich** (SPD): Vielen Dank auch Ihnen für Ihre Ausführungen. Wir hatten in der Kinderkommission zum Schwerpunktthema „Umsetzung der Kinderrechte in Deutschland“ auch Inter- und Transkinder auf der Tagesordnung und haben uns als Kinderkommission schon für ein Verbot der geschlechtsanpassenden Operationen ausgesprochen. Ich hatte in dieser Legislaturperiode eine interfraktionelle Arbeitsgruppe eingeladen, ziemlich viele Ihrer Forderungen waren bei uns auch Konsens – von der Beratung bis zur Begleitung der jetzt erwachsenen Operierten. Auch wir waren uns über die Notwendigkeit eines Operationsverbots einig. Es gab eine interministerielle Arbeitsgruppe, die viel Arbeit hineingesteckt hat, Fachtagungen gemacht und Studien in Auftrag gegeben hat. Schlussendlich, glaube ich, kommt immer wieder diese Frage, ist das OP-Verbot jetzt tatsächlich notwendig oder nicht? Sie sagten gerade, und das beschäftigt mich so, dass man in Gutachten zu Einschätzungen kommt, dass das Recht eigentlich ausreicht – aber nur nicht angewendet wird. Das macht mich ja dann fast noch sprachloser: In welchem Land lebe ich eigentlich, wenn es eine rechtliche Lösung gibt, an die sich keiner hält? Darüber müssten wir alle noch einmal nachdenken, was das eigentlich heißt, wenn rechtliche Standards, die gesetzt sind – die wir ja nicht geben, weil wir sonst nichts zu tun haben, sondern der Gesetzgeber gibt sie, damit man sich daran hält – und dann werden sie nicht umgesetzt. Nun frage ich mich, woran liegt das und wie kann man der Rechtsdurchsetzung helfen? Und dann stellt sich für mich immer noch die Frage, ob es tatsächlich ausreichend ist, selbst wenn man sich an das Recht halten würde. Da kommen für mich immer diese Fragen von Definition und Interdisziplinarität. Wir sind uns wahrscheinlich einig,

was wir damit meinen, aber wenn ich mich mit dem einen oder anderen Mediziner einer Kinderuniversitätsklinik unterhalte und der sagt, „wir machen das interdisziplinär, und zwar alle unsere Fachbereiche hier in der Universitätsklinik“ – also das ist nicht das Interdisziplinäre, was wir gemeint hatten, nämlich zusammen mit den Betroffenen und einigen von außerhalb dieses „Kosmos Uniklinik und Medizin“. Da müsste man wahrscheinlich ein bisschen mehr definieren oder mehr dazu sagen, was interdisziplinär sein soll. Das gilt auch für die Definition. Auch da habe ich den Eindruck, Sie haben das ja auch geschildert, was meinen wir denn eigentlich damit? Wenn einem die Haltung entgegenkommt, „naja, solange die Chromosomen nicht XXY sind, ist es ja klar, dass es den Chromosomen nach entweder ein Junge oder ein Mädchen ist – fertig, und dann machen wir das halt so, wie es uns die Chromosomen sagen.“ Das ist die Haltung nach dem Motto, es muss nach den Chromosomen ein echter Zwitter sein, damit wir ihn so lassen können. Diese Aussagen begegnen mir und machen mich sprachlos. Wenn das das Bild ist, das dahinter steht, kann man in diese Ärzterichtlinien hineinschreiben, was man möchte. Die nächste Frage: Was heißt „medizinisch nicht notwendig?“ Das ist beispielsweise die Frage für diesen Fall: Die Gonaden könnten, wenn sie älter sind, als Krebs entarten und das wäre dann irgendwann mal potentiell lebensbedrohlich, aber nicht akut – und daraus macht man dann aber trotzdem eine medizinische Notwendigkeit. Also ich habe die Befürchtung, dass wir etwas hineinschreiben und am Ende wird es dann doch wieder so ausgelegt, dass die Operationen weiter nötig sind. Sie haben das Familiengericht eingebracht, ich finde es auch spannend, darüber nachzudenken. Damit macht man zwar auf der einen Seite Nichtmediziner zu einem Teil der Entscheidung, allerdings dauert das im Zweifel eine Weile – oder es muss ganz schnell gehen. Wenn Gefahr in Verzug ist, weil beispielsweise Urin nicht abfließen kann und eine Verlegung vorzunehmen ist, dann kann man nicht warten, bis das Familiengericht entscheidet, was gemacht werden kann. Auf der anderen Seite hat man Fälle, wo jemand im Zweifel wieder auf die ärztliche Expertise hört. Also da muss man die Familiengerichte in die Lage versetzen, dass sie tatsächlich die Entscheidung im Sinne des Kindeswohls treffen. Hierzu möchte ich von Ihnen etwas hören, das es ein bisschen greifbarer macht. Eine letzte Frage zu anderen Ländern, in denen es besser läuft: Wie sind die dahin gekommen und was steht dort ggf. in Gesetzen? Wie werden dort die Medizinerin/Mediziner begleitet? Wie werden dort die Eltern begleitet, so dass sie sich in den Prozess begeben und annehmen können, „ich habe ein Kind, das eben nicht Junge/Mädchen ist“. Denn sobald sich der Bauch wölbt, wird man ja gefragt, „und, was wird’s?“ Die Antwort, „ein Kind“, wird nicht erwartet. Gibt es Länder, bei denen man aus Ihrer Erfahrung nachschauen kann, wie sie es gelöst haben?

Abg. **Eckhard Pols** (CDU/CSU): Vielen Dank für Ihre Ausführungen, die sehr aufschlussreich waren. Sie haben sehr viel von den betroffenen Personen, also von den Kindern und auch ein wenig, Frau Veith am Ende mehr, von den Eltern gesprochen. Meine Frage ist vielleicht etwas laienhaft: Die schwangere Frau geht ja zur Frauenärztin oder zum Frauenarzt und es werden Ultraschalluntersuchungen gemacht – kann man frühzeitig bei Ultraschalluntersuchungen erkennen, dass es ein intersexuelles Kind wird? Wie werden eigentlich Eltern darauf vorbereitet? – bevor das Kind überhaupt zur Welt kommt, so dass nicht auf einmal das Kind da ist und die Eltern dann aus allen Wolken fallen, „mit unserem Kind stimmt irgendwas nicht, es ist nicht so wie andere Kinder“. Inwieweit werden Eltern auch von den Hebammen und Geburtshelfern vorbereitet, denn diese tragen ja auch eine Verantwortung vor der Geburt. Eine ganz andere Frage ist mir im Laufe Ihrer Ausführungen eingefallen: Wir haben – da ward ihr drei noch gar nicht im Deutschen Bundestag – in der letzten Wahlperiode relativ schnell ein Gesetz zur Beschneidung von Kindern erlassen. Mir ist dieser Vergleich jetzt in den Kopf gekommen. Für mich beginnt Religionsmündigkeit mit 14 Jahren. Nach diesem im Bundestag verabschiedeten Gesetz kann die Beschneidung – verkürzt gesagt – innerhalb von sieben, acht Tagen nach der Geburt auf Wunsch der Eltern aus religiösen Gründen vorgenommen werden. Ich war einer der wenigen, der diesem Gesetz nicht zugestimmt hat, weil mir das Kindeswohl vor der Religionsfreiheit ging. Ich fand damals den Aufschrei relativ schwach, von ähnlichen Organisationen wie denjenigen, die Sie hier vertreten, gab es überhaupt keinen Aufschrei. Ich sehe das auch als Körperverletzung an einem Jungen an, der sich

nicht wehren kann. Kann man das mit Ihrem Anliegen vergleichen oder ist es überhaupt nicht vergleichbar? Ich hätte mir damals von gesellschaftlichen Gruppen auch mehr erwartet, dass man dieses Gesetz also letztendlich nicht verabschiedet. Es ging da, glaube ich, um ein Strafverfahren gegen einen Kölner Kinderarzt, der die Beschneidung vorgenommen hatte, so dass man schnell eine Regelung finden musste. Ich fand das damals schrecklich, denn so ein Kind kann sich nach acht Tagen natürlich auch nicht äußern, ob es das mit sich machen lässt oder nicht. Mit 14 Jahren kann es der Junge selbst entscheiden, ob er das vornehmen lässt oder nicht. Wie sehen Sie diese Fälle, heißen Sie die gut? Ich glaube nicht – oder setzen Sie hier die Religionsfreiheit höher? In Deutschland nehmen wir sehr viel Rücksicht auf Menschen, die nicht unseren christlichen Glauben haben, sondern einen anderen Glauben ausüben, und daher wird letztendlich so etwas auch gesetzlich verabschiedet.

Abg. **Norbert Müller** (DIE LINKE.): Danke auch von mir für Ihre Ausführungen. Wir hatten ja ein ähnliches Thema vor anderthalb Jahren und ziemlich die gleiche Diskussion. Ich glaube, Frau Veith, daher kam auch der Groll. Ich will zumindest einen Gedanken aufgreifen, der mich seitdem ein bisschen umgetrieben hat, weil er auch in anderen Diskussionen aufkommt, z.B. zum Stichwort Abtreibungsverbote. Ich kann mir gut vorstellen, ein Verbot von Geschlechtsnormierung gesetzlich zu regeln, weil man mit der Leitlinie und ähnlichem nicht weiter kommt, weil am Ende die Eltern sagen, „ich will aber, dass das gelöst wird." Angenommen, die Argumentation stimmt, dass die Hauptbeteiligten an der Entscheidung gar nicht die Ärzte, sondern Eltern sind, die sagen, „Scheiße, was ist das? Kenne ich nicht, komm ich nicht mit zurecht." Es gibt keine vernünftige Beratung, die gibt es real nicht in den Strukturen, das ist Status quo. Die Eltern suchen sich dann einen Arzt, der das Problem für sie „klärt", den sie bei Google finden oder zu dem die Tante rät. Der Arzt sagt dann, „ich darf das aber nicht, ich mache mich strafbar." Was passiert denn dann? Das war ein ähnliches Argument bei den Beschneidungen, den Abtreibungsverboten oder der Sterbehilfe. Heißt das dann, die Eltern gehen zu Kurpfuschern? Wie will man das ausschließen? Heißt das dann, sie gehen ins Ausland, wo sie das Problem gelöst bekommen? Ich komme aus Brandenburg, da kann man möglicherweise in Polen einen Arzt finden, der an einem wenige Monate oder wenige Wochen alten Kind eine OP vornimmt. Kann man das ausschließen? Was mir völlig klar ist, dass wir sofort die Beratungsstrukturen hochfahren müssen und dass es da große Defizite gibt, das ist völlig d´accord. Aber wenn man ein Verbot ausspricht, ohne einen Sinneswandel in der Bevölkerung zu haben, fragt sich, was dann möglicherweise die nächsten Runden sein werden. Gehen die Leute ins Ausland, bestellen sie irgendeinen Kurpfuscher oder was auch immer? Das ist mir ein bisschen unklar. Wahrscheinlich gibt es für eine gesetzliche Regelung auch gar keine Mehrheiten, aber angenommen, diese gebe es und wir könnten das entscheiden, dann möchte ich ganz gern abwägen, was ich damit auslöse. Ich möchte nicht in zwei Jahren Menschen haben, die einen beschimpfen, weil sie sagen, ihr habt die Katastrophe mitgemacht, jetzt ist es noch schlimmer als vorher. Manchmal sind Dinge gut gemeint und enden dann „schlecht gemacht".

Jerzy Szczesny (Fraktionsmitarbeiter BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Szczesny, Referent bei der Grünenfraktion für Antidiskriminierung und Gesellschaftspolitik. Ich fand die Anmerkung sehr interessant bzw. sehr wichtig, dass weder die Ärzte noch die Eltern dem Kind etwas Böses antun wollen. Deshalb fand ich die Lösung, die Frau Dr. Follmar-Otto vorgeschlagen hat, mit der aufschiebaren Eintragung oder Erfassung des Geschlechts ziemlich interessant. Das würde den Druck auf die Eltern senken, denn ansonsten konzentriert sich alles auf Geschlecht und auf die Genitalien. Sie wollen etwas Gutes tun, wie Lucie Veith gesagt hat, und tun eigentlich nichts Gutes, sondern stigmatisieren das Kind oder den Menschen lebenslang. Könnten Sie, Frau Dr. Follmar-Otto, zu dieser Lösung etwas mehr sagen, z. B. bis wann diese Aufschiebung greifen soll? Wäre das z. B. 14 Jahre, wenn das Kind dann selbst entscheiden kann, so wie es bei der Religionsmündigkeit usw. ist? Würde es auch reichen, wenn es nur ein Jahr oder wenige Wochen sind? Jetzt sind es zwei Wochen, in denen die Geschlechtsangabe gemacht werden muss.

Vorsitzende: Vielen Dank. Dann geht es von der

Zeit her auch gleich zur Schlussrunde.

Lucie Veith (Bundesverband intersexueller Menschen e. V.): Dann fange ich an. Ich habe mir die Frage von Herrn Pols nach dem Ultraschall aufgeschrieben. Geschlecht bildet sich relativ spät aus, vorgeburtlich in der neunten bis zehnten Schwangerschaftswoche, ab der elften kann man schauen, was es wohl werden könnte. Es gibt dann noch ein paar Testverfahren, die ausprobiert werden. Wir haben in Deutschland leider immer noch die Rechtslage, dass ein intergeschlechtliches Kind bis zum Einsetzen der natürlichen Wehen über die medizinische Indikation abgetrieben werden kann. Dazu gibt es eine Ausarbeitung vom Fachdienst, die, glaube ich, vier Jahre alt ist. Das heißt, dass diese Kinder getötet werden können, weil sie das falsche Geschlecht haben – bis zum heutigen Tag, das ist Tatsache. Die Zahl der Spätabtreibungen geht ja rasant nach oben. Aus meiner Beratungspraxis kann ich Ihnen erzählen, dass ich vor zwei Wochen den Anruf eines verzweifelten Vaters hatte, dessen Frau in Baden-Württemberg lebt. Sie hatten die Diagnose erhalten, dass sie ein intergeschlechtliches Kind bekommen. Die Frau ist in der 35. Schwangerschaftswoche und man hat ihr einen Spätabbruch angeboten, in Aussicht gestellt. Der Vater war völlig verzweifelt, weil er das überhaupt nicht verstehen konnte. Die Frau weiß nicht, ob sie das schafft, und diese Partnerschaft droht daran zu zerbrechen. Solange wir solche Türen aufmachen…, deswegen zuerst einmal die Türe zu machen und dann schauen wir doch mal. Ich bin der Meinung, und da komme ich jetzt zur Frage von Frau Rüthrich, dass wir eine klare Regelung brauchen. So wie jetzt rumgeeiert wird, geht das überhaupt nicht. Wenn ein Kind erkrankt ist, dann darf eingegriffen werden, wenn ein Organ nachweislich dokumentiert nicht in Ordnung ist und das Kind damit nicht weiterleben kann, dann muss eingegriffen werden. Aber das sind die allerwenigsten Fälle, das sind noch nicht einmal 10 Prozent. Ärzte machen Eltern mit Krebsrisiken Angst, sie sagen aber das Wort „im Lebensverlauf“ nicht dazu. Jedem Elternteil von Knaben müsste eigentlich gesagt werden, „oh, Sie haben ein Kind bekommen, ein wahrscheinlich männliches Kind, und dieses Kind hat ein Entartungsrisiko an der Prostata von mehr als 30 Prozent– im Lebensverlauf.“ Würden Sie auf die Idee kommen, diesem Kind die Prostata zu entfernen? Würden Sie das in Ordnung finden, wenn dieses Kind in der Altersspanne zwischen 45 bis 80 Jahren irgendwann mal eine Prostataerkrankung haben könnte? Niemand käme auf die Idee. Aber dass sich eine Gonade anders entwickelt, „das fressen wir so weg.“ Eltern, denen ein Kind geboren ist, das nicht den Erwartungen entspricht, sind zunächst ein psychosozialer Notfall. Ich schlage vor, dass wir die Versorgung dieser Eltern verbessern. Kümmern wir uns um die Eltern, dass sie lernen, mit ihrem Kind klarzukommen.

Abg. **Eckhard Pols** (CDU/CSU): … zu meiner Frage auch …

Lucie Veith (Bundesverband intersexueller Menschen e. V.): … das ist wichtig, dass wir da rangehen. Wir versuchen das in der Selbsthilfe, in Beratungen. Wir bieten auch Peerberatungen an, das sind qualifizierte Eltern und Erwachsene, intergeschlechtliche Personen, die sehr lange Erfahrungen in der Selbsthilfe haben, die gut reflektiert sind. Wir qualifizieren sie, und dann kann diese kostenlose Erstberatung bei uns abgefragt werden. Das ist keine Dauerbegleitung, sondern ein Wissenstransfer, der in eine Dauerbegleitung führen kann, wenn sie in die Selbsthilfe kommen oder sich in eine psychologische Beratungsstelle begeben. Die Medizin hat immer noch nicht definiert, was ein Zentrum ist, was ein interdisziplinäres Team ist – wie lange wollen wir damit warten? Sollen Kinder die Genitalen verschnitten oder die Gonaden entfernt bekommen, bis sich die Medizin da einig ist? Das ist ein Berufsstand. Wir reden hier über einen Berufsstand, der sich offenbar nicht richtig organisieren kann oder sehr lange für die Organisation braucht. Das kann nicht auf dem Rücken von Kindern passieren. Deswegen ist es die Aufgabe von uns allen, diese Kinder zu schützen. Deswegen brauchen wir dafür ganz klare Regelungen, und zwar sofort. Diese dann wieder aufzuweichen, wenn sich zeigt, dass sie nicht passen und Sonderregelungen für Ausnahmen zu schaffen – damit habe ich überhaupt kein Problem, aber erstmal muss die Türe zugemacht werden. Das hat bisher nicht geklappt.

Dr. Petra Follmar-Otto (Deutsches Institut für Menschenrechte): Zur Frage nach der Beratung

und Unterstützung der Eltern in dieser Situation nach der Geburt: In unserer Evaluation ist sehr deutlich geworden, dass Eltern im ersten Moment häufig eine große Verunsicherung erfahren und sich sehr abhängig davon fühlen, was das medizinische Personal rät. Einige der befragten Eltern, die sich für einen offengelassenen Geschlechtseintrag entschieden haben, sagten, wie wichtig für sie die Peerberatung gewesen sie, also die Beratung durch intergeschlechtliche Menschen und durch Eltern intergeschlechtlicher Menschen. Alle haben mehr oder weniger gesagt, dass damit diese totale Überforderung im ersten Moment ihren Schrecken verliere. Sie verliert ihren Schrecken, wenn es dann mit all dem weitergeht, womit man als junge Eltern sowieso zu tun hat – von Koliken über nachts nicht schlafen können bis sonst was. Wenn es in die Normalität des Elternseins geht, dann hat das überhaupt nicht mehr die Präsenz und die Bedeutung, die es am Anfang mit diesem medizinischen Blick auf die Diagnose hat. Insofern glaube ich tatsächlich – ohne dass wir das über diese Untersuchung nachweisen können –, dass die Lösung, den personenstandsrechtlichen Eintrag des Geschlechts aufzuschieben, auch eine entlastende Funktion haben kann. Denn im Moment ist die Situation einfach so, da gibt es eine Geburtsbescheinigung und dann muss man zum Standesamt und dort muss etwas eingetragen werden. Häufig wurde uns von interviewten StandesbeamtInnen gesagt, „naja, und dann haben wir noch zwei Wochen länger Frist gegeben, denn wir wollten der Mama dann nicht so eine schwierige Situation zumuten, bis das sortiert ist, wie das mit dem Geschlecht ist.“ Was auch immer das im Einzelnen bedeuten mag, können wir aufgrund der Interviews natürlich nicht sagen. Insofern denke ich auch, dass die Entlastungsfunktion dieser aufschiebenden Lösung eine zweite wichtige Komponente sein kann. Unser Vorschlag sieht so aus, dass Kinder ab einem Alter von 14 Jahren – also vergleichbar mit der Religionsmündigkeit – selbst in einem relativ niedrigschwelligen Verwaltungsverfahren einen Geschlechtseintrag für sich bestimmen können und dass es auch vorher schon die Möglichkeit gibt, das mit Zustimmung der Eltern zu tun. Denn gerade für transgeschlechtliche Kinder kann es sehr wichtig sein, zu einem früheren Zeitpunkt als 14 ein Ausweisdokument zu haben, das ihrer Geschlechtsidentität entspricht.

Zur Frage der Beratungsansprüche: Einerseits haben wir in dem Gesetzentwurf bei dieser Lösung über das familiengerichtliche Verfahren eine Koppelung mit elterlicher Beratung und Aufklärung vorgesehen, also dass das Gericht auch prüfen muss, ob die Eltern aufgeklärt und beraten worden sind. Andererseits sehen wir im SGB VIII auch eine Erweiterung der Beratungsansprüche von Eltern und Kindern zu Fragen des „Geschlechtervielfaltgesetzes“ vor, wie wir das Gesetz in diesem Gesamtkontext genannt haben. Wenn man – wie wir empfehlen – das Thema des OP-Verbots im Gesetzgebungsverfahren „herausschneidet“ und vorrangig behandelt, dann würden wir auch empfehlen, gleichzeitig diesen Beratungsanspruch im SGB VIII zu verankern. Zur Frage, ob es bei einer klarstellenden Regelung – sei sie nun im Strafrecht oder im Zivilrecht – nicht auch Umgehungsmöglichkeiten gibt? Klar, diese wird man nicht ausschließen können. Dass es möglicherweise Umgehungsmöglichkeiten gibt, kann aber kein Grund dafür sein, ein Gesetz nicht zu erlassen. Eigentlich ist die Einwilligung schon nach der jetzt geltenden Rechtslage nicht möglich, diese wird aber von sehr allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen abgeleitet. Deswegen glauben wir schon, dass ein klarstellendes explizites Verbot, wie wir es beispielsweise als Einwilligungsverbot bei der Sterilisation haben, sehr sinnvoll sein kann, um diese klarstellende Wirkung auch bei den Leuten zu erzielen, die nicht juristische ExpertInnen sind und vielleicht nicht wissen, dass die Einwilligung der Eltern überhaupt keine Rechtswirksamkeit hat. Denn die anhaltend hohen Operationszahlen zeigen, dass relativ viele Leute im Moment nicht wissen, was die entsprechende Auslegung des geltenden Rechts ist. Zum Thema Beschneidungsverbot, dazu gibt es natürlich Parallelen, aber ich finde eine Gleichsetzung sehr problematisch, da die Beschneidung eines männlichen Kindes mit den Eingriffen bei intergeschlechtlichen Kindern, glaube ich, in der Intensität des Eingriffs nicht vergleichbar ist. Insofern zucke ich immer so ein bisschen, wenn da die Parallele gezogen wird. Das, finde ich, könnte eher zu einer Verharmlosung dessen führen, über was wir hier sprechen.

Abg. **Eckhard Pols** (CDU/CSU): Gerade weil Sie es vom Institut für Menschenrechte sagen: Ich finde schon, dass das ein operativer Eingriff ist. Gerade Sie als Vertreterin des Instituts für Menschen-

rechte müssten das eigentlich ein bisschen anders sehen.

Dr. Petra Follmar-Otto (Deutsches Institut für Menschenrechte): Vielleicht können wir an einem anderen Ort die Diskussion zu diesem Thema fortsetzen.

Vorsitzende: Das wäre gut, weil wir in der Zeit schon ziemlich weit fortgeschritten sind und noch zwei Antworten ausstehen.

Dr. Petra Follmar-Otto (Deutsches Institut für Menschenrechte): Genau, als letzten Punkt wollte ich noch kurz auf die Frage von Frau Rüthrich nach Rechtsvergleichen eingehen. Von den Regelungen, die wir uns angeschaut haben, hat bislang allein Malta in seinem Geschlechtsidentitätsgesetz ein explizites Verbot geregelt.

Ev Blaine (Systemische_r Berater_in, Peer Berater_in für Inter* und ihre Angehörigen, Inter* und Trans*Beratung – QUEER LEBEN): Noch einmal zur Elternberatung. Eine meiner ersten Begegnungen mit einer Elternperson war prägend für meine Beratungstätigkeit. Es war eine Mutter, die sich an mich gewandt hatte und sagte, dass sie sowieso Probleme mit ihrer Schwangerschaft gehabt habe und sie gar nicht so sicher sei, ob das jetzt in ihr Leben passe. Und dann habe sie ein Interkind auf die Welt gebracht, das sei vorher nicht im Ultraschall festgestellt worden. Sie hat blitzschnell, binnen Sekunden nach Geburt ihres Kindes gemerkt, dass sich das Geburtspersonal auf eine bestimmte Art und Weise verhält, Unsicherheiten zeigt. Sie bekam sofort Schuldgefühle, weil sie vorher schon damit gehadert hatte, „passt dieses Kind jetzt in mein Leben, was mach ich damit?“ Sie konnte auch nicht adäquat aufgefangen werden. Meine Kollegin Marie Günther hat einen ganz wunderbaren Satz geprägt: „Der Körper berät mit im Beratungskontext.“ Wenn ich mit Eltern, die ein Interkind bekommen haben, in Kontakt treten kann – das kann ich meistens im Berliner Raum, weil ich hier ja täglich ansprechbar bin, für andere Sachen muss man viel reisen –, dann sind Eltern erstmal sofort entlastet, wenn sie mich sehen. Ich bekomme dann teilweise Aussagen, „Sie sehen ja ganz normal aus.“ Das zeigt im Grunde die Tragweite: Ich habe Schuldgefühle, ich habe Angst, weil das Personal vielleicht mit Unsicherheiten reagiert. Wie wird denn mein Kind mal aussehen? Wie wird es im Leben stehen? Wir haben ganz kurz auch Mobbing angesprochen. Das bewegt die Eltern zusätzlich zu den Themen, die die ÄrztInnen in Fachausdrücken mitteilen, diese müssen zuerst mal übersetzt werden. Dafür ist im Arztkontakt beim ärztlichen Personal oftmals gar nicht die Zeit, das sagen auch ÄrztInnen oder das Geburtspersonal, „wir haben nicht die Zeit.“ Es geht darum, Eltern weiter gut zu begleiten und auch zu vernetzen, also mit anderen Eltern in Kontakt zu bringen. Aber der Körper berät mit – wenn ich und auch die anderen Peerberaterinnen da stehen, dann macht das schon ganz viel. Das heißt, dass es auch für andere professionalisierte Beratungsstellen wichtig ist, in Kontakt mit Interorganisationen und mit Interpeerberatung zu bleiben und sich rückzukoppeln. Denn das ist eine kostbare Ressource, die wir als intergeschlechtliche Menschen mit den zugehörigen Peerberatungen leisten können; dass ich es in einem professionalisierten Setting, wie in der Schwulenberatung, leisten kann, ist tatsächlich eine Ausnahme. KollegInnen von TrIQ können das noch erbringen. Die Beratungsstelle Emden hat auch Stunden und Tage zur Verfügung, aber wenn ich das aus meiner Netzwerkarbeit richtig erfahren habe, machen sie auch noch sehr vieles ehrenamtlich. Das zum Elternkontakt. Die Ängste begegnen uns natürlich sofort.

Zur Frage nach dem Ultraschall. Intergeschlechtlichkeit können Sie nicht verallgemeinern, manches wird schon vorgeburtlich festgestellt, anderes kann während der Geburt festgestellt werden, anderes viel später, wenn die Pubertät einsetzt, Kinder wachsen anders auf oder manche erfahren es, wenn sie einen Kinderwunsch haben. Da wäre ich auch vorsichtig mit pauschalen Äußerungen. Das vielleicht noch dazu.

Dann gab es noch die Frage, was denn „medizinisch notwendig“ ist. Das ist eine große Frage, sie bewegt mich, seit ich zum ersten Mal ehrenamtlich beraten habe, und das ist mittlerweile 11 Jahre her. Wir haben immer wieder die Diskussion, „was ist medizinisch notwendig?“ Ich spreche oft darüber, „was ist ein tatsächlicher Gesundheitsbedarf?“ Wir

wissen aus der Community und aus Erfahrungen von Interpersonen, dass Eingriffe stattgefunden haben, die als „medizinisch notwendig“ deklariert wurden, bei denen aber mehr gemacht wurde. Hier würde ich mich freuen, mehr Kontakt mit medizinischem Fachpersonal zu haben, und Runden zu haben, in denen wir diskutieren können, „was verstehen Sie unter medizinisch notwendig? Was sind Ihre Erfahrungen? Wie sieht Ihre Forschung, wie sieht Langzeitforschung an sogenannten Betroffenen aus?“ Das findet wenig statt, wir werden oftmals getrennt befragt.

Dann haben Sie schon gesagt, dass Malta als einziges Land intergeschlechtliche Kinder neben allen anderen Kindern schützt. Es kam die Frage, was wir machen, wenn es ein Verbot geben würde und Eltern andere Möglichkeiten suchen. Da kann man überlegen, was passiert, wenn die Eltern nach Deutschland zurückkommen und es bekannt wird, dass diese Eingriffe woanders stattgefunden haben – kann man da nicht auch einschreiten? Dieses Argument sehe ich auch nicht als zielführend gegen ein Verbot von kosmetischen Eingriffen an. Die Dauerbegleitung, die Prozessbegleitung ist mir noch sehr wichtig. Eltern von Interkindern brauchen Unterstützung, die über einen längeren Zeitraum gewährleistet werden kann. Wenn wir irgendwann in der Situation sein werden, dass Interkinder wirklich werden und wachsen dürfen, dann kommen noch andere Problematiken. Es wird immer das Mobbing genannt – ich glaube, das ist heute hier auch gefallen, es werden auch andere Kinder aus anderen Gründen gemobbt. Da muss es tatsächlich Materialien und Fortbildungen für Fachpersonal geben, dass das gleich aufgefangen wird, dass eingeschritten wird. Das ist aber kein Thema, das nur Interkinder angeht.

Maja Liebing (AMNESTY INTERNATIONAL – Sektion Deutschland e. V.): Zu vielen Fragen wurde schon etwas gesagt, ich beschränke mich auf einige wenige Punkte. Ich möchte noch einmal ganz kurz etwas dazu sagen, was medizinisch notwendig oder nicht notwendig ist. In unserem Bericht haben wir diesen Begriff vermieden, wir sprechen nur von „Notfallmaßnahmen“. Ich denke, das ist eine etwas andere Gewichtung. Auch das Institut arbeitet mit diesem Prinzip der Aufschiebbarkeit, also dass man schaut, was ist wirklich akut und was kann aufgeschoben werden bis zu einem Zeitpunkt, zu dem die Kinder selbst mitentscheiden können. Auch zu dieser Frage, was passiert denn, wenn die Operationen in Deutschland nicht mehr stattfinden dürfen und die Eltern auf Kurpfuscher oder aufs Ausland ausweichen? Ich glaube, dass man hier wie bei sehr vielem, was wir heute besprochen haben, wieder an diesen Punkt kommt, dass kein Weg an mehr Ressourcen für dieses Thema vorbei führt – also Beratungsstrukturen auszubauen und letztendlich auch Öffentlichkeitsarbeit zu machen. Das ist ja auch das, was wir jetzt machen wollen, um wirklich ein Umdenken in der Gesellschaft zu erreichen, insbesondere natürlich bei Eltern und beim medizinischen Fachpersonal, beim Gesundheitspersonal. Deswegen finden wir auch diese Leitlinien der Bundesärztekammer, die ja von ÄrztInnen zusammen mit Organisationen entwickelt wurden, sehr interessant, weil man damit ein Dokument hat, das von Ärzten mitentwickelt wurde, das sozusagen aus der Szene kommt, und das gleichzeitig auch die Belange der Betroffenen mit berücksichtigt. Da haben wir nur das Problem, dass die Leitlinien nicht verbindlich sind, innerhalb dieses internen Systems von Leitlinien könnte ihnen aber eine höhere Verbindlichkeit zugeordnet werden. Das sollte man sich näher anschauen. Auch da geht es wieder um Ressourcen und Beratung, nämlich darum, im Dialog mit Betroffenen und Organisationen zu bleiben, um sicherzustellen, dass diese Leitlinien breit bekannt sind und umgesetzt werden.

Ev Blaine (Systemische_r Berater_in, Peer Berater_in für Inter* und ihre Angehörigen, Inter* und Trans*Beratung – QUEER LEBEN): Ich möchte gerne zwei Gedanken in den Raum stellen. Noch einmal zur Elternfrage: Mir fällt in Diskussionen immer wieder auf, dass immer von Eltern gesprochen wird – auch intergeschlechtliche Menschen sind teilweise fortpflanzungsfähig und können Eltern werden. Sie haben dann eine sogenannte genetische „Disposition“ (in Häkchen zu verstehen) und können ihre Intergeschlechtlichkeit weitergeben. Da müssen Eltern auch das Thema bewegen – und darüber sprechen wir nie –, dass sie trotzdem ihre Kinder bekommen und Eltern werden. Das fällt mir seit Jahren auf, dass das einmal betont werden müsste. Zu dem medizinisch Notwendigen: Wir sprechen gerne von „tat-

sächlichen Gesundheitsbedarfen“. Wenn wir hören, dass aufschiebende Maßnahmen möglich sind, dann haben wir ja keine akute lebensbedrohliche Situation – das ist im Grunde auch schon ein Widerspruch in sich. Das würde ich auch gerne betonen. Man müsste schauen, was wir wirklich unter tatsächlichem Gesundheitsbedarf, unter medizinisch notwendig verstehen. Es ist wirklich eindringlich darum zu bitten, in Kontakt auch mit weiteren Medizinerinnen und Ärztinnen zu treten.

Lucie Veith (Bundesverband intersexueller Menschen e. V.): Wir haben diese Leitlinie ausgehandelt. Das heißt, alles, was darüber hinausgeht, ist nicht medizinisch notwendig. Da haben wir die klare Grenze eigentlich schon aufgezeigt. Diese Leitlinie ist aber nicht verbindlich, das heißt, da muss sich keiner dran halten. Deswegen brauchen wir diese gesetzliche Regelung. Alle anderen Behandlungen, auf die sich diese Leitlinie bezieht, dürfen ja gemacht werden. In dieser Diskussion drehen wir uns so ein bisschen im Kreis. Man sagt, „naja, man weiß ja gar nicht, was notwendig ist und was das Kind braucht, damit es ihm gut geht.“ Natürlich möchten wir, dass ein Kind eine ordentliche medizinische Behandlung erhält, die evident durchgeführt wird – aber doch nicht eine Beschneidung. Im Unterschied zur Vorhautbeschneidung im Islam und im Judentum beschneiden wir bis zum heutigen Tag christliche Mädchen, weil ihr Genital anders aussieht als andere. Viele Menschen mit einer XX-chromosonalen Lage verorten sich selbst als Mädchen – was macht man, wenn sie eine zu große Klitoris haben? Man dämmt das Ding ein. Wissen Sie, was das ist? Das ist Genitalverstümmelung. Genau das, was in Afrika passiert. Eine Vorhautbeschneidung – ich weigere mich da auch so ein bisschen – ist eine Körperverletzung, so oder so. Was da im Bereich Intersexualität mit der Geschlechtszuweisung oder Vereindeutigung passiert – dieses Kind wird mit einem eigenen Genital geboren, das wird sich entwickeln; dieser Mensch wird sich zu diesem Geschlecht hin entwickeln können. Wenn mir das nicht passt und ich aus diesem scheinbar nicht vollständigen Jungen – wenn ich nur Jungen und Mädchen lese – einfach mal wähle und daraus ein Mädchen mache, dann anerkenne ich nicht, dass dieser Mensch eine eigene Geschlechtlichkeit hat. Stellen Sie sich vor, Ihre Hebamme hätte bei Ihnen festgestellt, dass es nicht so aussieht, wie sie sich das vorstellt. Das ist die Vorstellung einer Hebamme und eines Mediziners, die schauen diesen Kindern einmal bei der Geburt zwischen die Beine oder ein Mediziner stellt im Lebensverlauf fest, da ist etwas nicht erwartungsgemäß. Wir erwarten viel und es passieren viele Dinge, die nicht erwartungsgemäß sind, und deswegen gibt es nicht immer eine Körperverletzung, sondern ganz im Gegenteil. Darum geht es: diese Verhinderung dieser Körperverletzung.

Vorsitzende: Es geht um die Verhinderung dieser Körperverletzung. Es ist spannend und wir könnten noch lange reden. Ich sage jetzt herzlichen Dank für Ihre Expertise und dafür, dass Sie hierhergekommen sind – auch zum wiederholten Male. Ich kann auch diese gewisse Ungeduld nachvollziehen, wenn man sagt, „ja wir reden und reden wieder und reden wieder“ – das liegt an keinem von uns, glaube ich, aber ich verstehe das auch. Deswegen bin ich umso froher, dass Sie sich die Zeit genommen haben und gekommen sind. Ich habe sehr viel Interessantes mitgenommen. Sie wissen, wir machen dazu im Konsens eine Stellungnahme. Ich hoffe, dass wir dazu im Kontakt bleiben und auch nachhaken können. Ich wünsche allen einen guten Nachhauseweg. Hiermit beende ich die öffentliche Sitzung und mache fünf Minuten Pause.

Schluss der Sitzung: 18.07 Uhr

B. Walter-Rosenheimer

Beate Walter-Rosenheimer, MdB
Vorsitzende