

Stellungnahme zur Umsetzung eines Verbots nicht notwendiger Operationen und Behandlungen an Kindern und Jugendlichen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale

November 2024

Der Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich (VIMÖ) fordert ein klares Verbot nicht-konsensueller und gesundheitlich nicht notwendiger Maßnahmen mit dem Ziel einer Veränderung von Geschlechtsmerkmalen.

Jedes Kind wird mit einem individuellen Geschlecht geboren. Von Intergeschlechtlichkeit bzw. Variationen der Geschlechtsmerkmale wird gesprochen, wenn die körperlichen Merkmale genetisch, anatomisch und/oder hormonell nicht den binären Normvorstellungen eines weiblichen oder männlichen Körpers entsprechen – die Überbegriffe werden in Abgrenzung zu den medizinisch geprägten Begriffen Disorders/Differences of Sex Development (DSD) bzw. Varianten der Geschlechtsentwicklung (VdG) sowie deren eng gefassten Definitionen verwendet.

Bis heute werden in Österreich gesundheitlich nicht notwendige Maßnahmen mit dem Ziel einer Veränderung von Geschlechtsmerkmalen an nicht einwilligungsfähigen und/oder nicht vollumfassend aufgeklärten Kindern und Jugendlichen (bzw. Erwachsenen) durchgeführt. Österreichische Regierungen wurde diesbezüglich seit 2015 mehrfach gerügt und aufgefordert, eine klare rechtliche Regelung zu schaffen.¹

VIMÖ und die Plattform Intersex Österreich waren an der Erstellung der 2019 veröffentlichten *Empfehlungen zu Varianten der Geschlechtsentwicklung* des BMASGK (später BMSGPK, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) beteiligt, die einen ersten Schritt in Richtung Klärung der (Grenzen der) Behandlungspraxis in Österreich darstellen. Wir sehen in diesem Dokument die Realität gut abgebildet: Ein Schwanken zwischen der theoretischen Anerkennung von Grundrechten auch für intergeschlechtliche Menschen – und der dennoch weitergeführten Pathologisierung und nicht-konsensuellen Behandlung von Variationen der Geschlechtsmerkmale. Die konkrete Umsetzung der Empfehlungen bleibt überdies sehr unklar, unseres Wissens wurden sie auch in der Ärzt*innenschaft nicht angemessen verbreitet.

Am 26. Jänner 2021 hat die Vertretung Österreichs erstmals jene im Rahmen der *UN Universal Periodic Review* ausgesprochenen Empfehlungen angenommen, die ein Beenden von nicht-konsensuellen & medizinisch nicht notwendigen Behandlungen an intergeschlechtlichen Kindern betreffen.²

Am 9. Juni 2021 kam es zum einstimmigen Beschluss des Entschließungsantrags zum „Schutz von intergeschlechtlichen Kindern und Jugendlichen vor medizinisch nicht notwendigen Behandlungen an den Geschlechtsmerkmalen“³ im Nationalrat. D.h. alle vertretenen Parteien haben sich dafür ausgesprochen, dass es eine gesetzliche Verbesserung und entsprechenden Schutz braucht.

¹ VIMÖ/PIÖ (2020): Positionspapier. https://vimoe.at/wp-content/uploads/2020/05/2020_Positionspapier_VIMO%CC%88_PIO%CC%88.pdf

² VIMÖ (2021): Jänner 2021 UN-UPR. <https://vimoe.at/2021/01/28/jaenner-2021-un-upr/>

³ Siehe: <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVII/A/1594>

Im Oktober 2021 forderte Österreich schließlich im *UN-Menschenrechtsrat* gemeinsam mit 51 weiteren Staaten konkrete Maßnahmen zur Bekämpfung von schädlichen Praktiken, Gewalt und Diskriminierung aufgrund von Geschlechtsmerkmalen in allen gesellschaftlichen Bereichen⁴. Zahlreiche weitere UNO-Organisationen, der *Europarat*, das *Europäische Parlament* sowie die *EU-Kinderrechtsstrategie (2021-2024)*⁵ und die *LGBTIQ Equality Strategy 2020-2025*⁶ der *Europäischen Kommission* fordern ein Ende von schädlichen medizinischen Eingriffen an intergeschlechtlichen Kindern.

Ebenso im Jahr 2021 war VIMÖ neben anderen diversen Expert*innen Teil einer interministeriellen Arbeitsgruppe des *Bundesministeriums für Justiz (BMJ)*, in der an einem Verbot von nicht-konsensuellen Operationen an Kindern mit Variationen der Geschlechtsmerkmale gearbeitet und verhandelt wurde. Durch parlamentarische Anfragen war 2023 dann erst zu erfahren, dass ein vom Justizministerium im Herbst 2022 fertigerstellter Gesetzesentwurf in politischer Abstimmung sei, und dieser aus Sicht des Bundesministeriums sobald der Koalitionspartner zustimme, umgehend dem parlamentarischen Prozess zugeleitet werden könne⁷. Seitdem ist dies allerdings nicht geschehen, es wurde auch kein Gesetzesentwurf veröffentlicht, und es wurden uns auch keine weiteren Informationen zu diesem Entwurf mitgeteilt.

Am 17. Mai 2023 forderte VIMÖ gemeinsam mit 73 Organisationen ein Gesetz zum Schutz intergeschlechtlicher Kinder und Jugendlicher in einem *Offenen Brief*⁸ an die zuständigen Minister*innen Johannes Rauch, Alma Zadić und Susanne Raab und überreichte dem Gesundheitsminister und der Justizministerin am 14. Juni 2023 im Parlament eine dazugehörige *Petition*⁹ gemeinsam mit der Plattform *Intersex Österreich*, der *Selbsthilfegruppe MRKH Austria*, dem *Verein Klinefelter*Inter* und *mein #aufstehn* mit aktuell über 8000 Unterschriften. Anlässlich des Internationalen Tags der Menschenrechte und der Sitzung des Ausschusses für Familie und Jugend, organisierten die Initiator*innen der Petition anschließend eine Kundgebung vor dem Parlament.

Im *Kinderrechteausschuss* im *Bundesrat* wurde am 12. März 2024 der Antrag „*Kinderrechte von intergeschlechtlichen Kindern und Jugendlichen schützen – medizinisch nicht-notwendige Operationen verbieten*“¹⁰ besprochen und leider nicht angenommen, sondern vertagt.

Am 10. Mai 2024 hat der *UN-Ausschuss gegen Folter (CAT)* nach mittlerweile 9 Jahren erneut in seinen aktuellen Empfehlungen¹¹ Österreich aufgefordert, rechtlichen Schutz für intergeschlechtliche Kinder

⁴ VIMÖ (2021): Österreich und 51 weitere Staaten fordern Schutz von Intergeschlechtlichen Menschen im UN-Menschenrechtsrat. <https://vimoe.at/2021/10/14/oktober-2021-oesterreich-und-51-weitere-staaten-fordern-schutz-von-intergeschlechtlichen-menschen-in-un-menschenrechtsrat/>

⁵ OII Europe (2021): New EU Strategy on the Rights of the Child Affirms Rights of Intersex Children. <https://www.oiiurope.org/new-eu-strategy-of-the-rights-of-the-child-affirms-rights-of-intersex-children/>

⁶ Europäische Kommission (2020): LGBTIQ-Equality Strategy (2020-2025). https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/lesbian-gay-bi-trans-and-intersex-equality/lgbtiq-equality-strategy-2020-2025_en

⁷ Bundesministerium für Justiz (2023): Antwort auf parlamentarische Anfrage 15956/J-NR/2023. https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/AB/15453/imfname_1588980.pdf

⁸ VIMÖ (2023): Offener Brief an Minister*innen zum Schutz intergeschlechtlicher Kinder und Jugendlicher. <https://vimoe.at/2023/05/17/mai-2023-offener-brief-an-ministerinnen-zum-schutz-intergeschlechtlicher-kinder-und-jugendlicher/>

⁹ Petition „Schützen Sie intergeschlechtliche Kinder und Jugendliche“ (2023). <https://mein.aufstehn.at/petitions/schutzen-sie-intergeschlechtliche-kinder-und-jugendliche>

¹⁰ Siehe: <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/BR/A-BR/405>

¹¹ Committee against Torture (2024): Concluding observations on the seventh periodic review of Austria, S.10. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT%2FC%2FAUT%2FCO%2F7&Lang=en

vor nicht dringlich-lebensnotwendigen Behandlungen in Form eines Verbots zu gewährleisten - jedoch wurde seitdem von der österreichischen Regierung wieder nicht gehandelt.

Das *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)* hat Ende November 2024 allerdings neue „*Empfehlungen zu Varianten der Geschlechtsentwicklung (VdG) mit einem besonderen Schwerpunkt auf Kinder*“¹² veröffentlicht. Auch wenn VIMÖ diese Initiative begrüßt, fehlt immer noch ein rechtlich bindender Schutz, der klar über Empfehlungen hinausgeht und umfassend ist.

Viele Länder in Europa gewährleisten diesen Schutz bereits, nicht zuletzt Griechenland¹³, wo es nach Malta¹⁴ sogar strafrechtliche Verfolgung für nicht-konsensuelle Operationen und Behandlungen an Kindern und Jugendlichen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale gibt.

Österreich muss endlich seinen Verpflichtungen nachkommen und eine gesetzliche Regelung schaffen!

Es folgt nun eine Zusammenfassung wichtiger Eckpunkte, der Forderungen und potentieller Problematiken in der Diskussion um eine rechtliche Regelung aus Sicht von Selbstvertretung, Peer-Beratung und Erfahrungsexpert*innen - auf Basis von jahrelangem Austausch mit Expert*innen aus den Bereichen Kinder- und Menschenrechte und mit nationalen und internationalen Interessensvertretungen:

¹² BMSGPK (2024): Empfehlungen zu Varianten der Geschlechtsentwicklung (VdG) mit einem besonderen Schwerpunkt auf Kinder. (Punkt 2 auf der Webseite)
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Empfehlungen-zu-Varianten-der-Geschlechtsentwicklung.html>

¹³ Intersex Greece (2022): Prohibition of intersex genital mutilation procedures on intersex children.
<https://intersexgreece.org.gr/en/2022/07/25/3449/>

¹⁴ Malta (April 2015): Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act: Final version.
<https://legislation.mt/eli/act/2015/11/eng/pdf>

1. Forderungen an eine rechtliche Regelung des Verbots:

Aufschiebbare, nicht dringlich-lebensnotwendige und medizinische Behandlungen mit dem Ziel einer Veränderung der Geschlechtsmerkmale sollen nur möglich sein bei Vorliegen aller folgender Faktoren:

1. freie, persönliche und vorherige Einwilligung
2. der entscheidungsfähigen betroffenen Person
3. nach vollumfassender Aufklärung¹⁵
4. und verpflichtender, menschenrechtsbasierter und medizinunabhängiger¹⁶ sowie qualifizierter¹⁷ Peer-Beratung der Eltern (inkl. nach Möglichkeit des *einwilligungsunfähigen* minderjährigen Kindes) bzw. verpflichtendem Hinweis auf derartige Peer-Beratungs-Angebote durch Behandelnde beim *einwilligungsfähigen* minderjährigen Kind bzw. Erwachsenen.
5. durch und in ausschließlich multidisziplinär arbeitenden medizinischen Versorgungsstrukturen/-zentren (inkludiert menschenrechtsbasierte, medizinunabhängige sowie qualifizierte Peer-Beratung als Teil der psycho-sozialen Begleitung)
6. bei gesundheitlich-dringlicher medizinischer Indikation

Im Detail müssen auch folgende Punkte geregelt bzw. bedacht werden:

- Geltende Regelungen für Behandlungen von Transgender Personen müssen ausgenommen sein, sowohl Volljährige¹⁸ als auch Minderjährige¹⁹ betreffend.
- Selbstbestimmte, reversible hormonelle Behandlungen (z.B. pubertätsaufschiebende „Hormonblocker“) müssen vom Verbot ausgenommen sein.
- Selbstbestimmte, partiell reversible hormonelle Behandlungen („geschlechtsspezifische Hormontherapie“ mit Androgenen bzw. Östrogenen) müssen für intergeschlechtliche Jugendliche möglich sein (jedoch nicht mit höheren Hürden als für Transgender Jugendliche verbunden).
- Entfernungen der Penisvorhaut (Zirkumzision): Hinsichtlich der bestehenden Regelungen zu derartigen Eingriffen aus religiösen Gründen kann VIMÖ keine Stellungnahme abgeben.

¹⁵ OII Europe et al. (2021): Intergeschlechtliche Menschen in Europa schützen: Eine Handreichung für Gesetzgeber_innen und politische Entscheidungsträger_innen, S.17f. https://www.oieurope.org/wp-content/uploads/2021/08/OII_legaltoolkit_D_ES_WEB.pdf/, S. 17f. (Auszug siehe Anhang)

¹⁶ Streuli et al. (2013): Shaping parents: Impact of contrasting professional counseling on parents' decision making for children with disorders of sex development. J Sex Med 2013; 10: 1953–1960 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jsm.12214>

¹⁷ BMGASK (2019): Empfehlungen zu Varianten der Geschlechtsentwicklung, S.51ff. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Empfehlungen-zu-Varianten-der-Geschlechtsentwicklung.html>

¹⁸ BMFG (2017): Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM- bzw. ICD-Fassung

¹⁹ BMFG (2017): Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie von Kindern und Jugendlichen nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM- bzw. ICD-Fassung (Auszug siehe Anhang)

- Konservierung von Keimzellen: Im Fall von sterilisierenden Eingriffen (auch bei Gefahr im Verzug) muss die Konservierung und Lagerung von Keimzellen der Betroffenen vor der Entnahme der Keimdrüsen garantiert werden.
- Verhinderung von Behandlungen im Ausland: Es muss sichergestellt sein, dass Eltern Geschlechtsmerkmale verändernde Maßnahmen nicht statt in Österreich in einem anderen Land durchführen lassen. Eine analoge Regelung besteht zu Genitalverstümmelung im §64 Abs. 1 Z 4a StGB.
- Intergeschlechtlichkeit in den Erläuterungen zu §90 StGB berücksichtigen: In den Erläuterungen zu §90 StGB wird Intergeschlechtlichkeit/Intersexualität aktuell explizit ausgenommen. Es muss klargestellt werden, dass die entsprechenden Verbote auch in diesem Kontext Anwendung finden.

Wichtige Einschränkungen bzw. Erläuterungen im Falle einer Regelung über eine gerichtliche Genehmigung:

- Eine fehlende Einwilligung der betroffenen, nicht entscheidungsfähigen Person soll durch eine gerichtliche Genehmigung nur dann ersetzt werden können, wenn ohne die betreffende medizinische Maßnahme wegen eines dauerhaften körperlichen Leidens eine Gefährdung des Lebens oder die Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit oder starker Schmerzen besteht.
- Eine Prognose depressiver Störungen oder anderer psychischer Beeinträchtigungen kann dabei keine hinreichende medizinische Indikation darstellen.
- Soziale Gründe: Eine Angst der Familie vor Stigmatisierung (z.B. Angst vor Diskriminierung im Kindergarten), soziale Erwartungen an das Kind (z.B. im Stehen urinieren zu können) o.ä., stellen keine medizinische Indikation dar.
- Für eine solche gerichtliche Entscheidung müssen mindestens zwei voneinander unabhängige gerichtliche Sachverständige beigezogen werden, wobei die*der potentiell Behandelnde nicht in dieser Rolle sein darf.
- Die Kosten für ein derartiges Verfahren müssen vom Staat übernommen werden.

2. Begleitender Regelungsbedarf

Zur Gewährleistung der Grundrechte intergeschlechtlicher Menschen bzw. aller Menschen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale müssen neben der Umsetzung eines entsprechenden Verbots folgende weitere Punkte dringend geregelt werden:

1. Kostenfreier Zugang zu selbstbestimmten Veränderungen von Geschlechtsmerkmalen: Entscheidungsfähigen Betroffenen muss, sofern eine medizinische Indikation vorliegt, der uneingeschränkte Zugang zu medizinischen Interventionen (Anpassungen, Korrekturen; operativ/hormonell) bei voller Kostenübernahme durch die Sozialversicherungsträger ermöglicht werden.

2. Monitoring und Evaluierung: Medizinische Behandlungen mit dem Ziel einer Veränderung von Geschlechtsmerkmalen müssen zu Evaluationszwecken in einem bundesweiten, zentralen Register anonym erfasst werden. Die Aufzeichnung muss umfassend erfolgen – besondere Vorsicht ist geboten bzgl. Auswahl der Diagnose-/Behandlungsschlüssel (siehe Punkt 3.2; Klöppel 2016 bzw. 2019). Einrichtung von und Förderung für Begleitforschung unter Einbindung von unabhängigen Selbstvertretungsorganisationen ist notwendig.
3. Verjährungsfristen: Ausweitung der (zivil-/strafrechtlichen) Verjährungsfristen bei nicht-konsensuell durchgeführten Behandlungen mit dem Ziel einer Veränderung von Geschlechtsmerkmalen auf mindestens 30 Jahre ab Volljährigkeit.
4. Aufbewahrungsfristen von Krankenakten: Sinnvoll wäre eine 30-jährige Aufbewahrungsfrist ab Volljährigkeit (was beispielsweise seit 2021 in Deutschland umgesetzt wird). Hierfür braucht es Änderungen im KuranstaltenG, ÄrzteG, etc.
5. Entschädigungsfonds: Ein Entschädigungsfonds für Opfer von nicht-konsensuellen und medizinisch nicht notwendigen Behandlungen an den Geschlechtsmerkmalen ist für jene Fälle einzurichten, in denen Schadenersatz auf zivilrechtlichem Weg nicht einklagbar ist aufgrund von Verjährungsfristen und/oder damaligem Stand von State-of-the-art Behandlungen und/oder der erfolgten (nicht vollumfassend aufgeklärten) Einwilligung der Eltern bzw. der betroffenen Person.
6. Bereitstellung adäquater psycho-sozialer Unterstützung und Peer-Beratung: Für Personen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale bzw. deren Angehörigen muss der kostenfreie Zugang zu menschenrechtsbasierter, medizinunabhängiger und qualifizierter Peer-Beratung sowie bestmöglicher psychosozialer Unterstützung (psychologische Beratung, Psychotherapie u.ä.) sichergestellt werden – zur Unterstützung bei Bewältigung von sozialen Herausforderungen, Alltagsproblemen, Entscheidungsfindung bzgl. möglicher medizinischer Maßnahmen, Einleiten juristischer Schritte gegen erlittene Diskriminierung u.ä.
7. Sensibilisierung der beteiligten Berufsgruppen: Alle beteiligten Berufsgruppen (Richter*innen, Mediziner*innen, psychosoziale Fachkräfte u.a.) müssen umfassend über die Menschenrechte ihrer Patient*innen informiert und hin zu einem geschlechtersensiblen und entpathologisierenden Umgang geschult werden, idealerweise mithilfe von peer-basierten Fortbildungsformaten.
8. Beseitigung von Ausnahmen bzgl. Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch: Eine festgestellte Intergeschlechtlichkeit (bzw. entsprechende Diagnosen aus der DSD-Diagnosegruppe) des bzw. der Embryos darf keine Ausnahme in der gesetzlichen Regelung zu Schwangerschaftsabbrüchen nach dem 3. Schwangerschaftsmonat darstellen.
9. Anpassung der bestehenden „Empfehlungen zu Varianten der Geschlechtsentwicklung“: Neben einer ohnehin vorgesehenen bzw. nötigen Evaluierung der fachlichen Empfehlungen des BMASGK (2019) muss eine neu geschaffene rechtliche Situation umgehend in einer aktualisierten Version dieses Dokuments dargestellt werden.

3. Potentielle definitorische Probleme in rechtlichen Regelungen

Um keine Umgehungen zu ermöglichen bzgl. Regelungslücken entstehen zu lassen, empfehlen wir eine umfassende Regelung zu „Veränderungen an Geschlechtsmerkmalen“ und keine Regelung ausschließlich zu

1. „geschlechtszuordnenden/-zuweisenden/-verändernden/-modifizierenden/-angleichenden Behandlungen“ o.ä.

aus dem Grund, dass durch die mehrfachen Bedeutungsebenen von „Geschlecht“ bei einer Verwendung dieser Begriffe häufig binär vergeschlechtlichte Annahmen zu prognostizierter Geschlechtsidentität, chromosomaler Zuordnung („Kinder mit XX-Chromosomen sind ja eigentlich Mädchen“) o.ä. in die Entscheidungsfindung einfließen. Die zukünftige Geschlechtsidentität kann sich mit Sicherheit weder anhand von Chromosomen noch anhand von medizinischen Studien zu einzelnen Diagnosegruppen vorhersagen lassen.

2. „Behandlungen bei Varianten der Geschlechtsentwicklung“ (VdG/DSD) o.ä.

aus dem Grund, dass eine Regelungslücke entstehen kann durch

- a. die Wahl einer abweichenden Diagnose:

siehe Klöppel²⁰: Die 2016 und 2019 durchgeführten Studien zu den Fallzahlen der in Deutschland durchgeführten Genitaloperationen an intergeschlechtlichen Kindern bis zum Alter von zehn Jahren ergab, dass die Anzahl der Interventionen zwischen 2005 und 2014 unverändert blieb, aber die zugrunde liegenden Diagnosen sich geändert haben: Die relative Häufigkeit "klassischer" Diagnosen wie "Pseudohermaphroditismus" ging zurück, während die Häufigkeit unspezifischer Diagnosen wie "unspezifische Fehlbildungen des weiblichen/männlichen Genitals" konstant blieb oder sogar zunahm.

- b. die definitorische Ausklammerung einzelner Diagnosen aus der DSD-Gruppe:

Besonders bzgl. der Diagnose Adrenogenitales Syndrom (AGS) wird in der Diskussion immer wieder eine Ausnahme gefordert, z.B. in mancher Stellungnahme zum entsprechenden Gesetzentwurf in Deutschland – im danach beschlossenen Gesetz wurde AGS aber klar miteingeschlossen.²¹ Andere Diagnosen, wie etwa leichte bis mittelschwere Hypospadien sind aktuell ausgeklammert aus der DSD-Diagnosegruppe, sollten von der Regelung aber miterfasst werden.

Hinweis: Das seit 2021 geltende Gesetz in Deutschland ist ein anschauliches Beispiel dafür, warum ein Verbot umfassend gestaltet sein muss; dieses Jahr wurde ein Fall öffentlich gemacht, der aufzeigt, dass es umgangen wird und werden kann.²²

²⁰ U. Klöppel (2016): Zur Aktualität kosmetischer Operationen ‚uneindeutiger‘ Genitalien im Kindesalter. Hg. von der Geschäftsstelle des Zentrums für transdisziplinäre Geschlechterstudien der Humboldt- Universität zu Berlin. https://www.gender.hu-berlin.de/de/publikationen/gender-bulletin-broschueren/bulletin-texte/texte-42/kloepfel-2016_zur-aktualitaet-kosmetischer-genitaloperationen/view; sowie: Hoenes, E. Januschke, U. Klöppel (2019): Häufigkeit normangleichender Operationen "uneindeutiger" Genitalien im Kindesalter. Follow-up-Studie. Bochum. <https://omp.ub.rub.de/index.php/RUB/catalog/view/113/99/604>

²¹ Dt. Bundestag (2021): <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2021/kw12-de-geschlechterentwicklung-kinder-830122>

²² OII Germany & OII Europe (2024): Kommentar zu einer Entscheidung des deutschen Familiengerichts, das einen Eingriff an einer minderjährigen intergeschlechtlichen Person genehmigt. <https://oii germany.org/gemeinsamer-kommentar-deutsches-familiengericht-2024/>

4. Notwendige Kriterien für Peer-Beratung

Zuletzt möchten wir auf die oben bereits erwähnten, notwendigen Kriterien (menschenrechtsbasiert, medizinunabhängig und qualifiziert) hinweisen, die für verpflichtende Peer-Beratung gelten müssen und diese näher erläutern.

Die hier angeführten erforderlichen Kriterien orientieren sich an der bisherigen Sachlage und Erfahrungen von Menschen mit VdG bzw. deren Familien: Eine Peer-Beratung, die nicht explizit menschenrechtsbasiert ist, kann bedeuten, dass Kinderrechte und die Grundrechte eines jeden Menschen, in diesem Falle das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper, das Recht auf eine offene Zukunft, das Recht auf körperliche Unversehrtheit, u.ä. nicht mitvermittelt werden. Diese sind aber die ethisch-rechtliche Basis, auf die sich medizinische Eingriffe und Behandlungen auch beziehen müssen, und somit Teil der Wissensvermittlung und Aufklärung in der Beratung. Peer-Beratung bedeutet auch eine Ergebnis-Offenheit zu gewährleisten. Diese ist teilweise nicht möglich oder erschwert, wenn die Beratung nicht unabhängig von medizinischen bzw. von Mediziner*innen geleiteten Stellen, medizinischer Beratung und Praxis ist. Wenn Beratungs- und Anlaufstellen, die nicht von Mediziner*innen geleitet werden, Beratungen anbieten, die sich ausschließlich an Medikalisierung orientieren, können diese ebenso nicht als medizin-unabhängig und ergebnis-offen beratend gewertet werden.^{23, 24}

Um genannte Kriterien für eine unabhängige und menschenrechtsbasierte Beratung zu erfüllen, braucht es eine Qualifizierung für Peer-Beratungsstellen. Die Voraussetzungen sollen also nicht nur lediglich die Rolle des „Peer“-Seins (d.h. „Gleiche beraten Gleiche“ aufgrund ähnlicher Erfahrungen) sein, sondern auch ein Bekenntnis zu Menschen- und Persönlichkeitsrechten und zu Unabhängigkeit von der Medizin; das Aufweisen grundlegender Fachkenntnisse zu VdG im medizinischen, rechtlichen und psychologischen Bereich; das Wissen um mögliche psychische und physische Gesundheitsbedarfe, soziale Fragestellungen; ergänzt durch Elemente der Selbstreflexion sowie das Anwenden methodischer Grundlagen für die professionelle Durchführung von Beratungen.²⁵

Wichtig dabei ist, dass Peer-Beratung nicht durch professionelle Beratungen aus dem medizinischen, rechtlichen oder psycho-sozialen Bereich zu ersetzen ist. Meist stellt diese Form der psycho-sozialen Begleitung eine essentielle Unterstützung für Menschen mit VdG und deren Familien dar. Peer-Beratung von Eltern findet dabei idealerweise im Tandem statt (d.h. die Peer-Berater*innen sind Eltern von Kindern mit VdG sowie Erwachsene mit VdG). Peer-Beratungsstellen brauchen zur Bewerksstelligung ihres Angebots, gerade bei verpflichtender Beratung, somit Förderung durch die öffentliche Hand. Das Angebot muss für die Beratungssuchenden kostenfrei bleiben.

Kontakt

VIMÖ - Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich

+43 (0)732 / 28700200

info@vimoe.at

www.vimoe.at

²³ Streuli et.al (2013): Shaping parents: Impact of contrasting professional counseling on parents' decision making for children with disorders of sex development. J Sex Med 2013; 10: 1953–1960

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jsm.12214>

²⁴ Krämer, Sabisch (2017): Intersexualität in NRW. Eine Qualitative Untersuchung der Gesundheitsversorgung von zwischengeschlechtlichen Kindern in Nordrhein-Westfalen, Projektbericht.

²⁵ BMGASK (2019): Empfehlungen zu Varianten der Geschlechtsentwicklung, S.53f.

- Abbildungen 1+2 siehe:

OII Europe (2019) S.16f. https://oiieurope.org/wp-content/uploads/2019/05/Protecting_intersex_in_Europe_toolkit.pdf

- Abbildung 3 siehe:

BMFG (2017) Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie von Kindern und Jugendlichen nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM- bzw. ICD-Fassung. S.8f. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:61c72a41-24e1-49c0-8bda-7669c68cdf4f/Transgender_Empfehlungen_KJ_Stand_14.12.2017_final%20mit%20neuer%20ICD-10-Verlinkung.pdf

PERSONAL, PRIOR, FREE AND FULLY INFORMED CONSENT IS KEY

The 2013 Parliamentary Assembly of the Council of Europe (PACE) *Resolution 1945: Putting an end to coerced sterilisations and castrations* defines fully informed consent as follows:

Fully informed consent:

- includes, that the person has been informed comprehensively and without bias about all possible options.
- is not given if the person agrees to an intervention without having been fully informed, and
- is not given if the person has been pressured or (emotionally) coerced into agreeing. Especially in health settings this includes all pressure that diminishes a patient's autonomy, as well as non-addressed power imbalances in the patient-care provider relationship "which may impede the exercise of free decision making, for example by those who are not accustomed to challenging people in positions of authority".⁵⁸

Abbildung 1

“Personal” emphasises that only the intersex individual themselves is able to consent to such an intervention and that parent or care-taker or medical professional cannot substitute for the intersex person’s consent.

“Prior” refers to the timing of the consent, such that specific consent must take place before the intervention for which it is sought. For example, there is a common experience such that although parental or individual consent was given for a specific intervention, additional surgeries or interventions were simultaneously performed without consent, then followed by an attempt to gather consent after the fact for the additional interventions.

“Free” refers to the impact of power dynamics that may diminish a person’s autonomy and pressure that may impact the individual’s ability to consent. For example, reportedly pressure from healthcare providers has led intersex adults to consent to an intervention that they did not want just to finally have that pressure cease.

“Fully informed” emphasises the need for the provision of the full variety of information and opinions on an intervention, including de-medicalised information.

Abbildung 2

Formen der körperlichen Interventionen¹⁵

Vollständig reversible Interventionen

Um mehr Zeit zur Erkundung der Geschlechtsidentität zu gewinnen und um später unerwünschte Geschlechtsmerkmale zu unterdrücken, kann ab einem Pubertätsstadium Tanner 2–3 eine pubertätsbremsende Therapie mit GnRH-Analoga angeboten werden. Jugendliche, die sich für eine solche Therapie qualifizieren, erleben typischerweise eine zunehmende Geschlechtsdysphorie mit Einsetzen der Pubertät. Wesentlich sind eine laufende klinisch-psychologische bzw. psychotherapeutische Begleitung und die unterstützende Einbeziehung der Familie bzw. Erziehungsberechtigten. Während der pubertätsunterdrückenden Therapie bedarf es regelmäßiger pädiatrisch endokrinologischer Kontrollen mit besonderem Augenmerk auf Stoffwechsel, Knochengesundheit und Körpergröße. Insgesamt kann eine frühe Pubertätsarretierung die Geschlechtsdysphorie effektiv lindern, physische Nebenwirkungen müssen aber bedacht werden. Insbesondere soll die Verhinderung bzw. Beeinträchtigung der Fertilität durch eine Hormontherapie aktiv angesprochen und gegebenenfalls, insbesondere bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit Beginn der

¹⁵ Hembree et.al. (2017) Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 102:3869-3903

Pubertätsunterdrückung in einem späteren Pubertätsstadium, die Möglichkeit von Vorsorgemaßnahmen, z.B. Spermienasservierung, nahegelegt werden.

Partiell reversible Interventionen

Üblicherweise wird diese Behandlung ab einem Alter von 16 Jahren empfohlen, möglichst mit Einverständnis der Sorgeberechtigten. Im Unterschied zur Hormonbehandlung bei Erwachsenen wird die feminisierende/maskulinisierende Therapie der somatischen und emotionalen Entwicklung angepasst und die Dosis einschleichend im Sinne einer Pubertätsinduktion begonnen und sukzessive gesteigert. Wieder ist auf die nachhaltige Beeinträchtigung bzw. den Verlust der Fertilität hinzuweisen.

Irreversible Interventionen

Operationen an den Genitalien sollen erst ab Volljährigkeit durchgeführt werden, nachdem die betroffene Person zumindest ein Jahr kontinuierlich in der angestrebten Geschlechtsrolle gelebt hat. Eine Mastektomie kann nach einer angemessenen Zeit des Lebens in der gewünschten Geschlechtsrolle, wobei das Wachstum abgeschlossen sein muss, bereits vor der Volljährigkeit durchgeführt werden (im Falle einer Hormonbehandlung, vorzugsweise nach der Dauer eines Jahres).