Ethik Med 2006 · 18:63–70
DOI 10.1007/s00481-006-0414-1
© Springer Medizin Verlag GmbH 2006

Susanne Ude-Koeller, Luise Müller, Claudia Wiesemann · Göttingen

Junge oder Mädchen?

Elternwunsch, Geschlechtswahl und geschlechtskorrigierende Operationen bei Kindern mit Störungen der Geschlechtsentwicklung

source: https://doi.org/10.24451/arbor.19016 | downloaded: 12.10.2024

Einleitung

Oft wissen bereits werdende Eltern, ob sie einen Jungen oder ein Mädchen erwarten. Spätestens aber im Augenblick der Geburt wird das Geschlecht ihres Kindes für die Eltern, Hebamme und anwesende Ärzte normalerweise zur Gewissheit, und bereits in den ersten Minuten seines Lebens wird das Kind mit seinem geschlechtsspezifischen Vornamen angesprochen. Dem Standesamt wird die Geburt des Kindes unter Angabe des Geschlechts angezeigt; Familie, Freunde und Kollegen gratulieren zur Tochter oder zum Sohn. Kaum vorstellbar scheint, dass die Unsicherheit über das Geschlecht des Kindes manchmal auch nach der Geburt noch anhält. Eine Mutter erinnert sich an die Sprachlosigkeit, die unmittelbar nach der Geburt ihres Kindes mit uneindeutigem Genital herrschte, wie folgt: „Es hat keiner… was gesagt… und die Hebamme hat keinen Piep [gesagt], die war nur geschockt… und der Assistent daneben auch… Sie halten das Kind in der Hand, gucken es an und sagen nichts… Die gucken sich an, keiner weiß, was er sagen soll“ ([47], S. 293).

Entgegen der vorherrschenden Meinung, dass Neugeborene über ein eindeutig männliches oder weibliches Geschlecht verfügen, können aufgrund von pränatalen Abweichungen von der typischen Geschlechtsentwicklung Kinder mit einem uneindeutigen Genitale geboren werden. Je nach Ursache, Ausmaß und Umfang der Störung der Geschlechtsentwicklung, bei der eine Diskrepanz zwischen dem chromosomalen Geschlecht, den inneren Geschlechtsorganen und dem Erscheinungsbild der äußeren Geschlechtsorgane besteht, kann sich die so genannte Intersexualität, international auch als DSD („disorders of sex development“) bezeichnet, phänotypisch erst in der Pubertät oder im Erwachsenenalter ausprägen, aber sich auch schon bei der Geburt manifestieren.[1] Zumeist erfolgen dann, nach umfangreicher Diagnostik (u. a. der Bestimmung des Chromosomensatzes) und in Abspra-

[1] In der deutschen Diskussion wird für dieses Phänomen bislang zumeist der Begriff Intersexualität verwendet, der Begriff geht auf den deutschen Arzt Richard Goldsmith zurück, der diese Bezeichnung 1920 einführte. Zum früheren Verständnis von Intersexualität vgl. auch ([26]; [30], S. 363–373; [41]). Intersexualität ließe sich übersetzen als „zwischen den Geschlechtern“. Vergleiche ([14], S. 14). Bislang existiert aber aus medizinischer Sicht keine einheitliche Definition der Bezeichnung, die sehr viele unterschiedliche Phänomene mit jeweils sehr speziellen Ursachen zusammenfasst. Vergleiche auch die einschlägigen Artikel in [18]. Einen guten Überblick über das Thema bietet die Homepage des Netzwerks Intersexualität (http://www.netzwerk-is.de). Medizinkritische Ansichten äußern u. a. die deutsche Selbsthilfegruppe für intersexuelle Menschen und die amerikanische Selbsthilfeorganisation „Intersex Society of North America“ (ISNA; http://www.xy-frauen.de und http://www.isna.org). Eine Einführung in das Thema mit Überblick über Selbsthilfegruppen und andere wichtige Instanzen bietet auch das Sachbuch *Leben zwischen den Geschlechtern* [21]. Zur umfassenden medialen, literarischen und kulturwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema vgl. beispielhaft [9, 15, 19, 31, 42, 55]. Zur gesellschaftlichen Verortung von DSD seitens geisteswissenschaftlicher, meist den „gender studies“ zugehöriger Theoretiker vgl. [6, 7, 16].

che mit den Eltern, eine Geschlechtszuweisung sowie entsprechende geschlechtsangleichende chirurgische Eingriffe.[2] Die Geschlechtszuweisung scheint zumindest auch aus juristischen Gründen notwendig: Nach § 16 des Personenstandsgesetzes sind Geburten binnen einer Woche dem Standesamt unter Angabe des Geschlechts anzuzeigen.[3]

Kriterien der Geschlechtszuweisung sowie Art und Umfang der medikamentösen und chirurgischen Interventionen wurden und werden zurzeit in der medizinischen Fachwelt kontrovers diskutiert.[4] Vor dem Hintergrund der unklaren Datenlage hinsichtlich des funktionellen Erfolgs chirurgischer Eingriffe, der Prognoseunsicherheit sowie der Irreversibilität der medizinischen Intervention [32] bereitet die Therapieentscheidung für Eltern und behandelnde Ärzte erhebliche Schwierigkeiten. Welches Verfahren tatsächlich im besten Interesse des Kindes oder zukünftigen Erwachsenen ist, ist in vielen Fällen nicht sicher zu entscheiden. Die ethisch relevante Schwierigkeit der medizinischen Behandlung intersexueller Kinder und Jugendlicher liegt besonders in der Tatsache begründet, dass es sich bei den zu initiierenden medikamentösen und chirurgischen Therapiemaßnahmen oft um Verfahren handelt, die zur Erhaltung der Gesundheit nicht zwingend notwendig sind. Die korrektive, geschlechtsanpassende Behandlung geschieht vielmehr im (vermeintlich) langfristigen Interesse des Kindes. Doch die besonders lange, zu prognostizierende Zeitspanne hat zur Folge, dass bei Neugeborenen gelegentlich nicht zu entscheiden ist, welche Vorgehensweise tatsächlich im besten Interesse des Kindes zum einen und des zukünftigen Erwachsenen zum anderen ist. Hier muss das Interesse des Kindes und zukünftigen Erwachsenen an einer im Hinblick auf seine geschlechtliche Identität möglichst unproblematischen Kindheit gegen die bei medizinischen Maßnahmen oft unvermeidbaren Traumatisierungen physischer und psychischer Art sowie die Interessen des zukünftigen Erwachsenen auf Selbstbestimmung abgewogen werden. Ein eindeutiges Ergebnis ist dabei oft nicht zu erreichen.

Partizipationsrechte des Kindes einerseits und Selbstbestimmung des zukünftigen Erwachsenen andererseits können sogar zu gegensätzlichen Handlungsoptionen führen.[5] Sowohl ein intervenierendes als auch ein rein abwartendes Verhalten kann somit gegen die Interessen des Betroffenen verstoßen.

Häufig wird daher in der Praxis dem Elternwunsch ein hoher Stellenwert zugemessen. In der Regel überwiegt bei den meisten Eltern der Wunsch nach einem eindeutig männlichen oder weiblichen und damit nach medizinischen und gesellschaftlichen Normen „gesunden“ Kind. In diesen Fällen dient die initiierte Therapie dann auch der Befriedigung von Elterninteressen. Ist eine solche Ausrichtung der Therapieentscheidung am Elternwunsch ethisch zu rechtfertigen? Welche ethischen Gründe können für eine elternwunschzentrierte Therapieentscheidung angeführt werden?

Interessen des Kindes und zukünftigen Erwachsenen

Bisher wurde die ethische Debatte über die Frage geführt, welches Vorgehen am ehesten im besten Interesse des Kindes bzw. zukünftigen Erwachsenen sei. Die ältere, auf den Sexualwissenschaftler Money

[2] Obwohl mittlerweile aufgrund endokrinologischer und molekulardiagnostischer Diagnostik Aussagen über die mutmaßliche Geschlechtsentwicklung eines Neugeborenen gemacht werden können, wird die postnatale Festlegung bzw. Zuweisung des Geschlechts von den betroffenen Eltern in der Regel als ausgesprochen problematisch erlebt.

[3] Zur juristischen Debatte um Intersexualität vgl. [38, 48].

[4] Zur Diskussion um aktuelle medizinische Behandlungsstandards zu Genitalkorrekturoperationen im Säuglingsalter vgl. u.a. [47]. Zur Debatte der letzten 5 Jahre vgl. [2–4, 24, 36, 46, 49].

[5] Zur Frage der Autonomie minderjähriger Patienten vgl. [40, 54].

Ethik Med 2006 · 18:63–70
DOI 10.1007/s00481-006-0414-1
© Springer Medizin Verlag 2006

Susanne Ude-Koeller, Luise Müller, Claudia Wiesemann

Junge oder Mädchen? – Elternwunsch, Geschlechtswahl und geschlechtskorrigierende Operationen bei Kindern mit Störungen der Geschlechtsentwicklung

Zusammenfassung
Wir diskutieren ethische Probleme der medizinischen Behandlung intersexueller Kinder. Gefragt wird nach dem Stellenwert von Elternwünschen nach eindeutiger Geschlechtszuweisung sowie nach den Konfliktfeldern, die zum einen zwischen konkurrierenden Wunschvorstellungen der Eltern und der behandelnden Ärzte, zum andern zwischen Kindeswohl und Kinderrechten entstehen können. Gegenwärtig wird Neugeborenen mit anatomisch uneindeutigem Genital trotz unsicherer Prognose über die Behandlungsergebnisse oft noch ein Geschlecht zugewiesen und operativ erstellt. Dieses Vorgehen ist von verschiedenen Seiten ethisch heftig kritisiert worden. Kipnis u. Diamond forderten 1998 im „Journal of Clinical Ethics" ein Moratorium für alle nicht vital indizierten geschlechtskorrigierenden Eingriffe. Diese Forderung orientiert sich am Interesse des zukünftigen Erwachsenen, betont dessen prospektive Autonomie und klammert den Elternwunsch aus. Dieses „Modell des antizipierten Konsenses" kann jedoch mit Bezug auf Neugeborene und Kleinkinder bedeutsame Aspekte des Eltern-Kind-Verhältnisses nicht angemessen erfassen. Im Aufsatz werden Argumente angeführt, die es aus Sicht einer Ethik der Elternschaft rechtfertigen, ethische Entscheidungen auf der Basis eines beziehungsorientierten Modells zu treffen. In unserem Modell fallen Elternwünsche ethisch ins Gewicht.

Schlüsselwörter
Disorders of sex development (DSD) · Plastische Chirurgie · Stellvertreterentscheidungen · Paternalismus · Rechte des Kindes · Pädiatrische Ethik · Intersexualität

Girl or Boy? – Parents' Preferences, Choice of Sex, and Sex Reassignment Surgery for Children with Disorders of Sex Development

Abstract
Definition of the problem: Ethical guidelines for the treatment of newborns with disorders of sex development have come under critical discussion. Former patients urgently demand a reassessment of surgical genital corrections, arguing that modern societies are more willing to tolerate sexual ambiguity and that clear-cut gender differences are becoming less and less important.

Arguments: The growing children's rights movement has stressed the fact that children are not just objects of their parents and society's expectations. The limits of parental decision making in case of sexual ambiguity are an object of ongoing controversies. We discuss the relative authority of parents' wishes in the determination of the newborn child's sex.

Conclusion: We reject a purely autonomy based approach. Our arguments are based on a relational ethics of parenthood.

Keywords
Disorders of Sex Development (DSD) · Plastic Surgery · Surrogate Decision Making · Paternalism · Children's Rights · Pediatric Ethics · Intersexuality

zurückgehende Position unterstellte, dass nur die frühzeitige Festlegung der geschlechtlichen Identität dieses gewährleiste [33–35]. Dabei ging man von der Prämisse aus, dass es eine Alternative zum weiblichen oder männlichen Geschlecht nicht gebe und im Sinne der Ausbildung einer stabilen Geschlechtsidentität bei unklarem Geschlecht die Geschlechtsbestimmung so früh wie möglich zu treffen und ggf. durch operative oder hormonelle Therapie zu unterstützen sei. Die medizinischen Maßnahmen dienten dem Interesse des Kindes sowie auch der Anpassung an die Normalitätsstandards einer Gesellschaft, die davon ausgeht, dass nur Personen mit einer eindeutigen Geschlechtsidentität sozial akzeptiert leben können ([8], S. 321 f.; [10], S. 35 ff.; [25]; [43], S. 238).

Deshalb galt in der Behandlung von Intersexualität im Kleinkindalter die frühe chirurgische Intervention als Mittel der Wahl. Dabei sollte allein die vorgegebene, äußere Geschlechtsmorphologie entscheiden, d.h. man entschied sich ärztlicherseits für das Geschlecht, das mittels chirurgischer Korrektur am besten dargestellt werden konnte. Das nun „eindeutige" Genitale sollte eine stabile Geschlechtsidentität garantieren. Da der Aufbau weiblicher Genitalien einfacher zu handhaben war als der Aufbau männlicher Genitalien, wurde häufig feminisiert. Eine Partizipation der Eltern an der Entscheidungsfindung war nicht vorgesehen. Um die optimale Anpassung des Kindes an die ihm ärztlicherseits zugewiesene Geschlechtsrolle zu garantieren, wurde das Kind in der Regel weder über die Diagnose noch den Sinn der daraus resultierenden Behandlungen aufgeklärt [33].

Gegen dieses Vorgehen, das zu zweifelhaften langfristigen Ergebnissen und oft auch zu einer psychophysischen Traumatisierung der Kinder führte ([11]; [23], S. 55–57; [39]; [56], S. 363 f.), wurde von einigen inzwischen erwachsenen Patienten heftige Kritik vorgebracht. Sie gründeten Selbsthilfegruppen und hinterfragten die den medizinischen Interventionen zugrunde liegende Prämisse der unverzichtbaren Eindeutigkeit des Geschlechts ([20]; [22], S. 205 ff.). So vertritt die „Intersex Society of North America" (ISNA) die Position, dass neben dem männlichen und dem weiblichen Geschlecht ein „drittes" Geschlecht zu akzeptieren sei und somit Operationen – wenn überhaupt – nur nach Zustimmung durch den älteren und einwilligungsfähigen Jugendlichen oder Erwachsenen durchgeführt werden sollten. Vor allem wenden sich die Vertreter der Organisation gegen eine Pathologisierung der fehlenden Geschlechtseindeutigkeit. Nicht die Intersexuellen seien krank, sondern die Gesellschaft, die sie für krank erkläre [28]. Mit der Akzeptanz eines dritten Geschlechts, mit dem Verzicht auf den (Irr)Glauben eines „wahren" und „eindeutigen" Geschlechts aber verlören medizinische Interventionen bei Neugeborenen und Kleinkindern ihre Legitimationen (http://www.medhelp.org/www/ais). [6]

Als Reaktion stellten der Mediziner Kipnis und der Sexualwissenschaftler Diamond 1998 ethische Richtlinien für einen veränderten Umgang mit intersexuellen Kindern auf. Sie lehnten die bis dahin gültige Praxis der Geschlechtszuordnung ab und forderten in ihrem Moratorium, alle nicht vital indizierten geschlechtskorrigierenden Eingriffe bis zur Pubertät auszusetzen [12, 13]. So sollte sichergestellt werden, dass das Geschlecht nicht länger ohne Wissen und Einwilligung der Kinder

[6] Allerdings ergab eine aktuelle Auswertung von 72 Fragebögen betroffener Erwachsener in den USA, dass 85% der Befragten ein drittes Geschlecht strikt ablehnten [1]. In Deutschland wird ein drittes Geschlecht u.a. auch von den Eltern der Kinder mit adrenogenitalem Syndrom (AGS) mehrheitlich abgelehnt. Hierbei liegt eine Störung der Nebennierenfunktion vor, die sich auf die Entwicklung der Genitalien auswirken kann (http://www.ags-initiative.de). Auch andere Selbsthilfegruppierungen empfinden das konstruktivistische Verständnis von Intersexualität als zu abstrakt, in ihrer konkreten Situation wenig hilfreich und fordern von den Ärzten vielmehr eine Einstellungsveränderung im Sinne eines weniger rigiden geschlechtlichen Rollenverständnisses, verbesserte Versorgungs- und Behandlungsstrukturen sowie verstärkte Partizipation an Entscheidungsprozessen.

„verordnet", sondern die Entscheidung über die Geschlechterrolle von den Betroffenen zu einem Zeitpunkt, an dem sie einwilligungsfähig geworden sind, selbst getroffen werden würde.[7]

Das Modell des antizipierten Konsenses

Sowohl die auf Money zurückgehende Position als auch die von Diamond und Kipnis vorgeschlagenen Maximen orientieren sich am Interesse bzw. den Rechten des zukünftigen Erwachsenen und lassen die Wünsche der Eltern unberücksichtigt. Dieser ethischen Perspektive zufolge ist das Kind ein Wesen, dessen Interessen und Rechte nur vorübergehend stellvertretend von anderen wahrgenommen werden können. Entscheidungen in der Zeit der absoluten oder relativen Entscheidungsunfähigkeit des Kindes werden als ein Sonderfall der Entscheidungen rationaler und autonomer Wesen betrachtet und sind ausschließlich im Hinblick auf den zukünftigen Erwachsenen legitimierbar. Nur der autonome Betroffene selbst kann Eingriffen zustimmen, ist er dazu vorläufig nicht in der Lage, darf vorübergehend die mutmaßliche Einwilligung zum Maßstab elterlichen oder ärztlichen Handelns gemacht werden. Dies bezeichnen wir als *Modell des antizipierten Konsenses*.

Diesem Modell zufolge hat die prospektive Autonomie des Kindes Priorität bei Entscheidungen. Nur solche Eingriffe sind gerechtfertigt, denen der zukünftige Erwachsene zustimmen würde. Spielt die mutmaßliche, prospektive Einwilligung des Intersexuellen für den Entscheidungsprozess nicht die vorrangige Rolle, fehlt es nach Ansicht der Befürworter dieses Modells an Respekt vor der Autonomie der betroffenen Person, und es liegt eine unzulässige Instrumentalisierung vor. Das Modell betont demnach das Recht auf eine freie, individuelle und autonomiebasierte Entscheidung. Eine Berücksichtigung des Elternwunsches, der die Autonomie des Betroffenen möglicherweise beeinträchtigt, ist dabei nicht vorgesehen.

Das Modell der beziehungsorientierten Entscheidungsfindung

Aus der Perspektive der pädiatrischen Praxis gibt es jedoch ebenso für die Ausrichtung der Therapie an Elternwünschen gute Gründe. Entscheidungsfindungen von so hoher Tragweite, wie sie bei der Behandlung oder auch Nichtbehandlung intersexueller Kinder anstehen, sind ohne Einbezug familiärer Denkstile, Wertmaßstäbe und Lebensmuster schwer denkbar. Auch ist die notwendige langfristige Betreuung des Kindes und psychosoziale Versorgung der Familie nur bei hoher Kooperationsbereitschaft und „compliance" der Eltern möglich. Diese ist umso wahrscheinlicher, je mehr der Elternwunsch berücksichtigt wird [44]. Faktisch spielen deshalb heute eigene Vorstellungen und Wünsche der Eltern eine große Rolle innerhalb des Entscheidungsprozesses[8].

Ist dies auch ethisch zu rechtfertigen? Wendet man das Modell des antizipierten Konsenses auf die Situation von Neugeborenen oder Kleinkindern an, so zeigen sich einige Schwächen. Die Besonderheiten in diesen Fällen liegen zum einen darin, dass ein besonders langer Zeitraum prognostisch beurteilt werden muss. Vor allem aber sind die zukünftigen Werturteile der Betroffenen als Erwachsene nicht unbeeinflusst von ihren Beziehungen als Kinder zu ihren Eltern. Das Wohl des Kindes und damit auch der erwachsenen Person, zu dem es sich einmal entwickeln wird, ist ein relationaler Wert, er wird nicht nur durch intraindividuelle sondern auch durch interindividuelle Faktoren bestimmt, an denen Eltern und Kind gleichermaßen Anteil haben. Zwar kann man von den Eltern als den erwachsenen Partnern in dieser Beziehung ein großes Ausmaß an Rücksichtnahme auf kindliche Bedürfnisse und eine

[7] Zu möglichen Einwänden gegenüber einem Moratorium vgl. auch ([45], S. 804f.; [51]; [52], S. 520).

[8] Zur Ambivalenz elterlicher Wünsche vgl. [50].

Zurückstellung ihrer eigenen Bedürfnisse erwarten. Doch eine vollständige Verleugnung eigener Bedürfnisse sowie sozialer und kultureller Erfahrungen und Werturteile kann nicht von ihnen verlangt werden. Im Gegenteil: Ein wesentlicher Aspekt der elterlichen Fürsorge besteht darin, die Sozialisation und Enkulturation des Kindes zu unterstützen [37].

Auch das Übereinkommen für die Rechte des Kindes der Vereinten Nationen stellt die besonderen Beziehungen des Kindes zu seiner Familie und seinen Eltern als Grundlage moralisch integren Handelns nicht infrage. Die Konvention wurde, wie es in der Präambel heißt, verfasst in der Überzeugung, dass „das Kind zur vollen und harmonischen Entfaltung seiner Persönlichkeit in einer Familie und umgeben von Glück, Liebe und Verständnis aufwachsen sollte“ und „der Familie als Grundeinheit der Gesellschaft und natürlicher Umgebung für das Wachsen und Gedeihen aller ihrer Mitglieder, insbesondere der Kinder, der erforderliche Schutz und Beistand gewährt werden sollte, damit sie ihre Aufgaben innerhalb der Gemeinschaft voll erfüllen kann“. Das Recht des Kindes auf den Schutz seiner Familie und auf liebevolle familiäre Beziehungen wird damit hervorgehoben. Dabei, so die Präambel weiter, sollten auch die „Bedeutung der Traditionen und kulturellen Werte jedes Volkes für den Schutz und die harmonische Entwicklung des Kindes“ gebührende Beachtung finden [5].

Für die Rechtfertigung von elterlichen Handlungsentscheidungen ist es von Bedeutung, ob das Kind als prinzipiell autonomes Individuum mit Rechten angesehen wird oder als Lebewesen in bedeutungsvollen Beziehungen. In einer Ethik aus Beziehungsperspektive entscheiden die Eltern aus Verantwortung aufgrund subjektiver und an der Beziehung zum Kind orientierter Maßstäbe. Subjektiv sind die Entscheidungskriterien insofern, als die individuelle Konfliktfähigkeit der Eltern zu berücksichtigen ist. Dennoch dürfen den Maßstäben keinesfalls egoistische Motive zugrunde liegen. Sie sind weder willkürlich noch beliebig, noch dürfen sie sich einer externen Kontrolle entziehen. Dem Modell liegt vielmehr ein Ideal der Eltern-Kind-Beziehung zugrunde, in der nicht lediglich Rechte und Pflichten von Individuen gegeneinander abgewogen werden, elterliche Bedürfnisse also nicht von vornherein zugunsten kindlicher Bedürfnisse ignoriert werden. Vor allem werden gegenwärtige Anliegen des Kindes nicht zugunsten erst prognostizierter und antizipierter Bedürfnisse vernachlässigt, das Zusammenleben mit dem Kind hier und jetzt zählt ebenso wie die zukünftigen Interessen des Kindes [53].

Die auf das Kindesinteresse bezogene Prognose bei Störungen der Geschlechtsentwicklung wird nicht nur durch die Erfolgswahrscheinlichkeit eines Eingriffs bzw. die mögliche physische und psychische Traumatisierung des Kindes beeinflusst, sondern auch durch die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung. Angesichts dieser Faktoren ist es fraglich, ob die Entscheidungsmatrix des antizipierten Konsenses *allein* der Komplexität der Situation gerecht wird. Das ausschließlich autonomiebasierte Modell weist hier einige Nachteile auf, da es bedeutsame Aspekte des Eltern-Kind-Verhältnisses nicht angemessen erfasst. Es scheint uns daher geboten, nicht allein ein autonomiebasiertes Ethikverständnis der individuellen Rechte und Pflichten zugrunde zu legen, vielmehr dieses um eine Ethik der Beziehungen zu ergänzen.

In einem beziehungsorientierten Modell werden anstehende Entscheidungssituationen von Eltern nicht als eine Unterart des Autonomiemodells verstanden, sondern als Prozesse in einer besonderen Konstellation, für die eigene moralische Maximen gefunden werden müssen. Das Modell der beziehungsorientierten Entscheidungsfindung erkennt an, dass die Qualität der Beziehungen, die Eltern heute zu ihrem Kind aufbauen, für den zukünftigen Erwachsenen von großer Bedeutung sein wird. Im beziehungsorientierten Modell werden

sowohl die Eltern als auch ihr Kind in ihrer beziehungsorientierten Lebensweise im Entscheidungsprozess berücksichtigt. Während das Modell des antizipierten Konsenses dem Wunsch der Eltern keinen Raum gibt, führt das beziehungsorientierte Modell den Elternwunsch neben dem Begriff Kindeswohl in die ethische Debatte ein und diskutiert ihn als mögliches und relevantes Entscheidungskriterium.

Anschrift

Dr. phil. Susanne Ude-Koeller

Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin,
Georg-August-Universität Göttingen
Humboldtallee 36
37073 Göttingen
E-Mail: sude@gwdg.de

Literatur

1. Aktuelle Urologie (2005) Intersexuelle Syndrome – Drittes Geschlecht nicht erwünscht. Akt Urol 36:90–95, http://www.thieme–connect.com/ejournals/html/uro/doi/10.1055/s–2005–870031. Gesehen 11 Feb 2006
2. Beh HG (2000) An emerging ethical and medical dilemma: should physicians perform sex assignment on infants with ambiguous genitalia? Mich J Gend Law 7:1–63
3. Berenbaum SA (2003) Management of children with intersex conditions: psychological and methodological perspectives. Growth Genet Horm 19:1–6
4. Bosinski HAG (2000) Determinanten der Geschlechtsidentität. Neue Befunde zu einem alten Streit. Sexuologie 7:96–140
5. Butler J (2003) Das Unbehagen der Geschlechter. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
6. Butler J (2004) Körper von Gewicht: Die diskursiven Grenzen des Geschlechts. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
7. Clement U (1998) Intersexualität. In: Korff W, Beck L, Mikat P (Hrsg) Lexikon der Bioethik 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, S 321–322
8. Colapinto J (2000) Der Junge, der als Mädchen aufwuchs. Walter, Düsseldorf
9. Crouch RA (1999) Betwixt and between. The past and the future of intersexuality. In: Dreger AD (ed), pp 29–49
10. Diamond M (1999) Pediatric management of ambiguous and traumatized genitalia. J Urol 162:1021–1028
11. Diamond M, Kipnis K (1998) Pediatric ethics and the surgical assignment of sex. J Clin Ethics 9:398–410
12. Diamond M, Sigmundson HK (1997) Management of intersexuality. Guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia. Arch Pediatr Adolesc Med 151:1046–1050
13. Dietze G (2003) Allegorien der Heterosexualität. Intersexualität und Zweigeschlechtlichkeit – Eine Herausforderung an die Kategorie Gender? Philosophin 28:9–35
14. Dreger AD (1998) A history of intersexuality. From the age of gonads to the age of consent. J Clin Ethics 4:345–355
15. Dreger AD (1998) „Ambiguous sex"– Or ambivalent medicine? Ethical issues in the treatment of intersexuality. Hastings Cent Rep 28:24–35
16. Dreger AD (1999) Intersex in the age of ethics. University Publishing Group, Hagerstown
17. Dressler S, Zink C (Hrsg) (2003) Pschyrembel. Wörterbuch Sexualität. de Gruyter, Berlin New York
18. Eugenides J (2002) Middlesex. Farrar, Straus and Giroux, New York
19. Fausto-Sterling A (1993) „The five sexes". Why male and female are not enough. Sciences 33:20–25
20. Fröhling U (Hrsg) (2003) Leben zwischen den Geschlechtern. Intersexualität – Erfahrungen in einem Tabubereich. Links, Berlin
21. Garrels L (1998) Das Geschlechtserleben Intersexueller im Diskurs. Z Sexualforsch 11:197–211
22. Hester JD (2004) Intersex(e) und alternative Heilungsstrategien. Medizin, soziale Imperative und identitätsstiftende Gegengemeinschaften. Ethik Med 16:48–67
23. Hiort O, Reinecke S, Richter-Appelt H, Holterhus PM, Thyen U (2001) Diagnostik und Betreuungsansätze bei Intersexualität. Paediatr Prax 60:617–628
24. Hirschauer S (1993) Die soziale Konstruktion der Transsexualität. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
25. Hirschfeld M (1918) Sexuelle Zwischenstufen. Das männliche Weib und der weibliche Mann. Marcus & Webers, Bonn
26. Jagow B von, Steger F (Hrsg) (2004) Repräsentationen. Medizin und Ethik in Literatur und Kunst der Moderne. Winter, Heidelberg
27. Kessler SJ (2002) Lessons from the intersexed. Ruttgers University Press, New Brunswick, NJ
28. Kinderärztliche Praxis (2005) Kinderärztliche Praxis. Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin 5:276–313
29. Kipnis K, Diamond M (1998) Pediatric ethics and the surgical assignment of sex. J Clin Ethics 4:398–410
30. Kolisko A (1909) Hermaphroditismus. In: Eulenburg A (Hrsg) Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Medizinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte, Bd 6. Urban & Schwarzenberg, Berlin, S 363–373
31. Laqueur T (1992) Auf den Leib geschrieben. Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud. Campus, Frankfurt a.M.
32. Meyer-Bahlburg HFL (1998) Gender assignment in intersexuality. J Psychol Hum Sexual 10:1–21
33. Money J (1955) Hermaphroditism: recommendation concerning assignment of sex, change of sex, and psychological management. Bull Johns Hopkins Hosp 97:284–300
34. Money J (1974) Psychological consideration of sex assignment in intersexuality. Clin Plast Surg 1:215–222
35. Money J, Ehrhardt AA (1972) Man & woman, boy & girl. Hopkins University Press, Baltimore
36. Morland I, Minto CL, Alderson J, Balen A, Creighton SM (2001) Management of intersex. Lancet 358:2085–2086

37. O'Neill O, Ruddick W (Hrsg) (1979) Having children. Philosophical and legal reflections on parenthood. Oxford University Press, New York
38. Plett K (2002) Intersexualität aus rechtlicher Perspektive. Gedanken über „Rasse", Transgender und Marginalisierung. In: Polymorph (Hrsg) (K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive. Querverlag, Berlin, S 31–42
39. Richter-Appelt H (2004) Intersexualität und Medizin. Erste Ergebnisse eines Forschungsprojekts. Z Sexualforsch 17: 239–257
40. Rothärmel S (2004) Einwilligung, Veto, Mitbestimmung: Die Geltung der Patientenrechte für Minderjährige. Nomos, Baden-Baden
41. Schäffner W, Vogl J (Hrsg) (1998) Herculine Barbin, Michel Foucault. Über Hermaphrodismus. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
42. Schmersahl K (1998) Medizin und Geschlecht. Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts. Leske & Budrich, Opladen
43. Schmidt KW (2002) Stabilizing or changing identity? The ethical problem of sex reassignment. Surgery as a conflict among the individual, community and society. In: Tao Lai Po-wah J (ed) Cross-cultural perspectives on the (im-)possibility of global bioethics. Kluwer, Dordrecht, pp 237–263
44. Simmonds M (2004) Patients and parents in decision making and management. In: Balen A (ed) Paediatric and adolescent gynaecology: a multidisciplinary approach. Cambridge University Press, Cambridge, pp 205–228
45. Sinnecker G (2004) Intersexualität. Gynakologe 37:799–805
46. Thomas DFM (2004) Gender assignment: background and current controversies. BJU Int 93:47–50
47. Thyen U, Jürgensen M, Kleinemeier E (2005) Die Geburt eines Kindes mit uneindeutigen Genitalien. Kinderarztl Prax 76:292–297
48. Übereinkommen über die Rechte des Kindes. Von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet am 6. März 1992 (Zustimmung von Bundestag und Bundesrat durch Gesetz vom 17. Februar 1992 – BGBl. II S. 121), (Bekanntmachung vom 10. Juli 1992 – BGBl. II S. 990)
49. Wacke A (1989) Vom Hermaphroditen zum Transsexuellen. Zur Stellung von Zwittern in der Rechtsgeschichte. In: Eyrich H (Hrsg) Festschrift für Kurt Rebmann zum 65. Geburtstag. Beck, München, S 861–903
50. Warne GL (2003) Ethical issues in gender assignment. Endocrinologist 13:182–186
51. Wiesemann C, Dörries A, Wolfslast G, Simon A (Hrsg) (2003) Das Kind als Patient. Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille. Campus, Frankfurt a.M.
52. Wiesemann C (2006) Von der Verantwortung, ein Kind zu bekommen. Eine Ethik der Elternschaft. Beck, München
53. Willer S (2004) Literarischer Hermaphrodismus. Intersexualität im Familienroman. In: Jagow B von, Steger F (Hrsg) (2004), S 83–97
54. Wilson BE, Reiner WG (1998) Management of intersex: a shifting paradigm. J Clin Ethics 9:360–369
55. Werner-Rosen K (2003) Intersexualität – überforderte Eltern? In: Fröhling U (Hrsg) Leben zwischen den Geschlechtern. Intersexualität – Erfahrungen in einem Tabubereich. Linksverlag, Berlin, S 182–195
56. Westenfelder M (2004) Zum aktuellen Stand der Intersextherapie. Urologe A 4:379–393
57. Westenfelder M, Möhring C (1999) Problematik der Geschlechtszuweisungen bei intersexuellem Genitale. Fallberichte. Urologe B 39:514–520