

DOKUMENTATION: Intersex-Genitalverstümmelungen (IGM) in Baden-Württemberg



Zwischengeschlecht.org

cc 2014 Markus Bauer / Zwischengeschlecht.org

Inhaltsverzeichnis

<u>Zwischengeschlecht.org: Wer wir sind, was wir tun</u>	3
<u>Was ist Intersex?</u>	4
<u>Was sind Intersex-Genitalverstümmelungen (IGM)?</u>	10
<u>IGM 1: “vermännlichende Genitalkorrekturen”</u>	11
<u>IGM 2: “verweiblichende Genitalkorrekturen”</u>	16
<u>IGM 3: Kastration + körperfremde Hormone</u>	21
<u>Medizinische Zurschaustellungen</u>	22
<u>IGM & Widerstand: Historischer Überblick</u>	23
<u>IGM als “Rohmaterial” für Forschung und Politik</u>	38
<u>IGM in Baden-Württemberg</u>	43
<u>Öffentliche Kritik Betroffener in Baden-Württemberg</u>	60
<u>Aktionsplan “Für Akzeptanz & gleiche Rechte”, LSBTTIQ BW</u>	64
<u>Aktionsplan: Was es konkret braucht</u>	74

***Enthält Bilder von kosmetischen GenitalOPs an Kindern
auf Seiten 13, 15, 18, 19, 20, 21***

Beachte **“TRIGGERWARNUNG! Nächste ... Folie(n)”** hier

Zwischengeschlecht.org

ist eine internationale Menschenrechts-NGO, bestehend aus Betroffenen, Partner_innen, Angehörigen und solidarischen Nicht-Betroffenen.

Aktiv seit 2007.

> **Video:** "Intersexuelle kämpfen für ihre Rechte" (03:44 min) SWR



Wir fordern ein gesetzliches Verbot *aller* nicht eingewilligten, medizinisch nicht notwendigen Zwangsbehandlungen an Menschen mit “atypischen” körperlichen Geschlechtsmerkmalen sowie die Durchsetzung aller “Menschenrechte auch für Zwitter!”.

Zwischengeschlecht.org leistet dazu Aufklärungs-, Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit und ergreift und unterstützt juristische, völkerrechtliche und politische Initiativen.

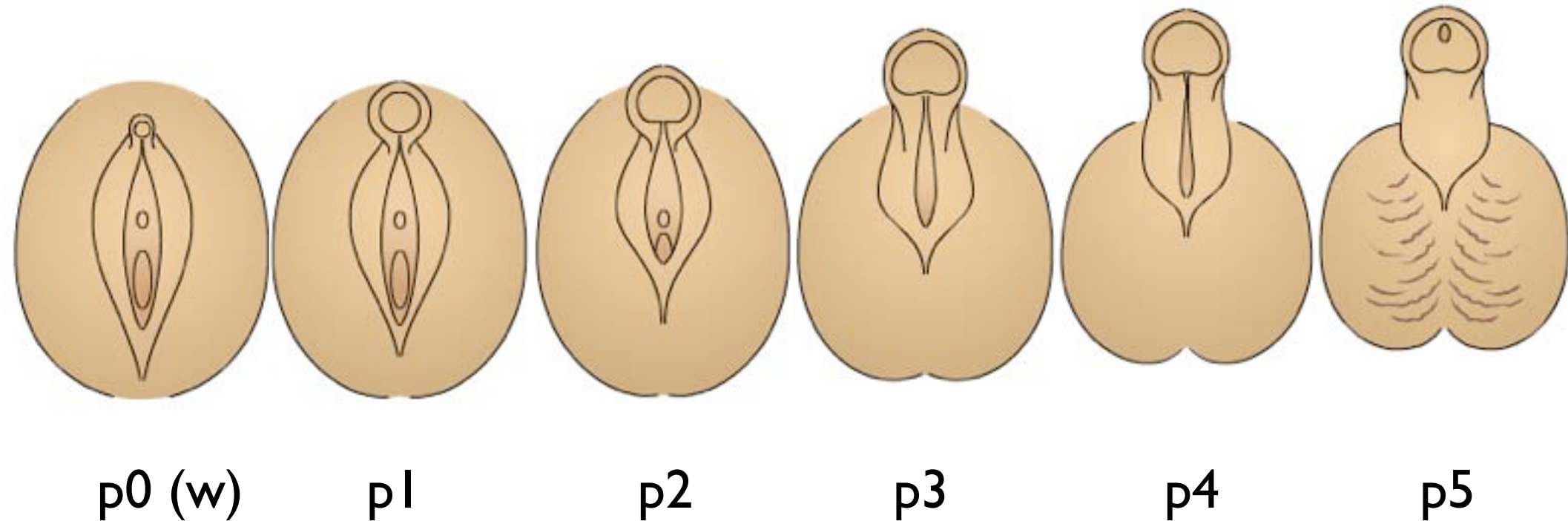
>>> **Mehr Info und Satzung**

**Was sind Zwitter
a.k.a. Intersexe
a.k.a. Hermaphroditen
a.k.a. “DSD’s”?**

**Menschen mit
“auffälligen”, “atypischen”
oder “uneindeutigen”
körperlichen Geschlechtsmerkmalen
(Genetik, Hormonstatus, Geschlechtsorgane).**

“Uneindeutiges” Genital

**“Praderstufen”:
von 0 (weiblich) bis 5 (männlich)**



Nach Andrea von Prader (1954): "Der Genitalbefund beim Pseudohermaphroditismus femininus des kongenitalen adrenogenitalen Syndroms. Morphologie, Häufigkeit, Entwicklung und Vererbung der verschiedenen Genitalformen." *Helv. Pediatr. Acta.* 9: 231-248.

Alle Menschen waren ursprünglich Zwitter ...

... bis zur 7. Schwangerschaftswoche.



Alle hatten wir im Bauchinneren Anlagen zu Eierstöcken und zu Hoden, alle hatten wir ein “uneindeutiges” Genital.

<http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2008/05/28/Alle-Menschen-waren-ursprunglich-Zwitter>

„Die Intersexuellen“ gibt es nicht!

**Alle Varianten von a) “Uneindeutigkeit” und
b) “Nicht-Übereinstimmung”**

[a) 1-3] x [b) 1-3]

sind auf allen Ebenen quasi beliebig kombinierbar!

- tausende verschiedene Intersex-Formen
- sehr grosse Unterschiede zwischen einzelnen Formen
- Zwitter sind eine sehr inhomogene Gruppe
- praktisch mehr Unterschiede als Gemeinsamkeiten

**Zentrale Gemeinsamkeit:
90% aller Zwitter sind Opfer
medizinischer Zwangseingriffe
(aber auch darin bestehen große Unterschiede).**

**Wie häufig sind Zwitter?
Wieviele gibt es?**

Wir wissen es nicht.

**Es gibt keine seriösen Statistiken,
nur Hochrechnungen.**

ca. 1-2 : 1000

**aller Neugeborenen sind dem Risiko
medizinisch nicht notwendiger
IGM-Eingriffe ausgesetzt.**

>>> Quellen

Betroffene fordern:

**IGM-Datenerfassung, Offenlegung,
Monitoring, historische Aufarbeitung!**

Bis heute: Die meisten Zwitter werden mehrfach zwangsoperiert

Beschreibung des Samples



Operationen nach Altersgruppen:

	keine OP	1 OP	2 OPs	>2 OPs
Kinder 0-3 J.:	42 %	34 %	12 %	7 %
Kinder 4-12 J.:	13 %	47 %	19 %	17 %
Jugendliche:	9 %	50 %	17 %	20 %
Erwachsene:	10 %	32 %	24 %	24 %

BMBF-finanzierte Studie "Netzwerk DSD/Intersexualität", 2009

**D.h. in Deutschland wird jeden Tag
mindestens ein Zwitterkind
zwangsoperiert!**

Was sind Intersex-Genitalverstümmelungen (IGM)?

**Medizinisch nicht notwendige, irreversible,
kosmetische Genitaloperationen
und weitere medizinisch nicht notwendige,
nicht-eingewilligte Eingriffe
inkl. zwangsweisen Hormongaben
an Kindern mit “atypischen” körperlichen
Geschlechtsmerkmalen.**

>>> IGM: Typische Diagnosen und Eingriffe

Nachfolgend die 3 häufigsten IGM-Formen:

IGM I – Diagnose “Hypospadie”: “vermännlichende Genitalkorrekturen”

Ebenen	“Hypospadie” Wohl häufigste Diagnose für ZwangsOPs
1. Genetisch	XY
2. Hormonell	Hoden (10% nicht abgestiegen)
3. Erscheinungsbild	Ausgang Harnröhre nicht oben an der Penisspitze + ev. Mikropenis “dazwischen”

“vermännlichende” kosmetische OPs: **“Hypospadie-Korrektur”**



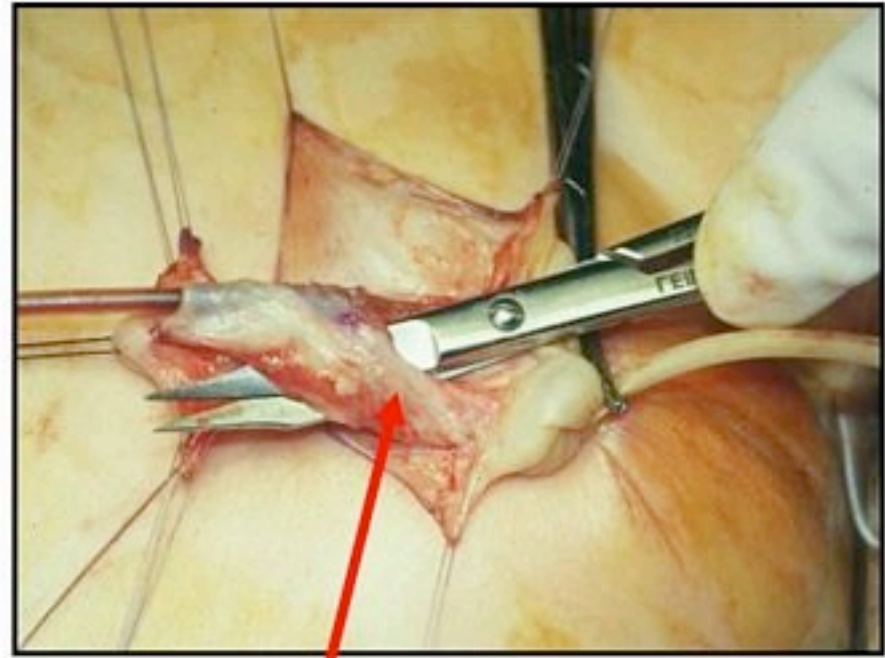
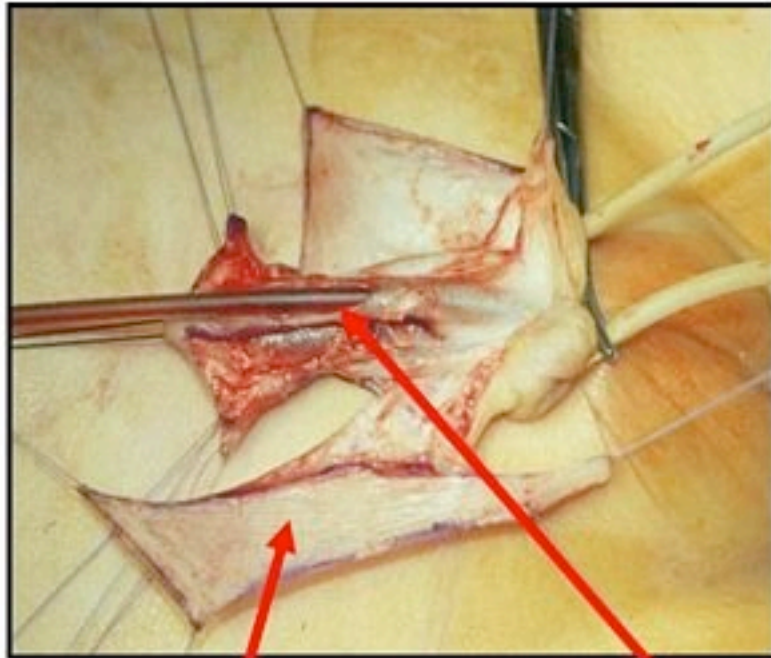
“Meine Kindheit war angefüllt mit Schmerz, Operationen, Hauttransplantationen und Isolation. Und ich muss mich immer noch hinsetzen beim Pinkeln.”

“Ich hätte gut damit leben können, aus dem Schaft meines Penis zu pinkeln, statt aus der Spitze, aber dafür nicht in der Empfindsamkeit beeinträchtigt zu sein.”

Tiger Howard Devore

TRIGGERWARNUNG: Nächste Folie enthält OP-Bilder!

Onlay island flap urethroplasty



Urethral plate

Preputial mucosa

Vascular pedicle

Intersex Genital Mutilations
Medically Not Necessary, Irreversible
Cosmetic Genital Surgeries
On Children With Atypical Sex Anatomy
Documentation:
History & Current Practice

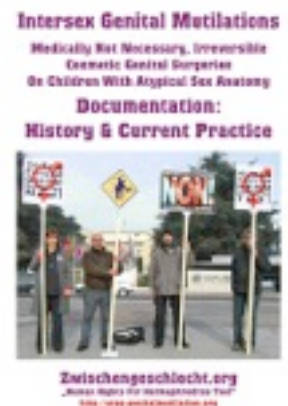


Zwischengeschlecht.org
„Keine Äußerer für Homosexuelle“
<http://www.zwischengeschlecht.org>

“Hypospadie-Korrektur”: Häufige Komplikationen

Onlay / Duckett - results

- Elbakry (BJUI 88: 590-595, 2001): 42% complications
 - 5 breakdowns (7%)
 - 17 fistulæ (23%)
 - Urethral strictures (9%)
 - Urethral diverticulæ (4%)
- Asopa / Duckett tube
 - 3.7% (El-Kasaby J Urol 136: 643-644, 1986)
 - 69% (Parsons BJU 25: 186-188, 1984)
 - 15% (Duckett - 1986)



Pierre Mouriquand: *Surgery of hypospadias in 2006 – Techniques & outcomes*

TRIGGERWARNUNG: Nächste Folie enthält Outcome-Bilder!

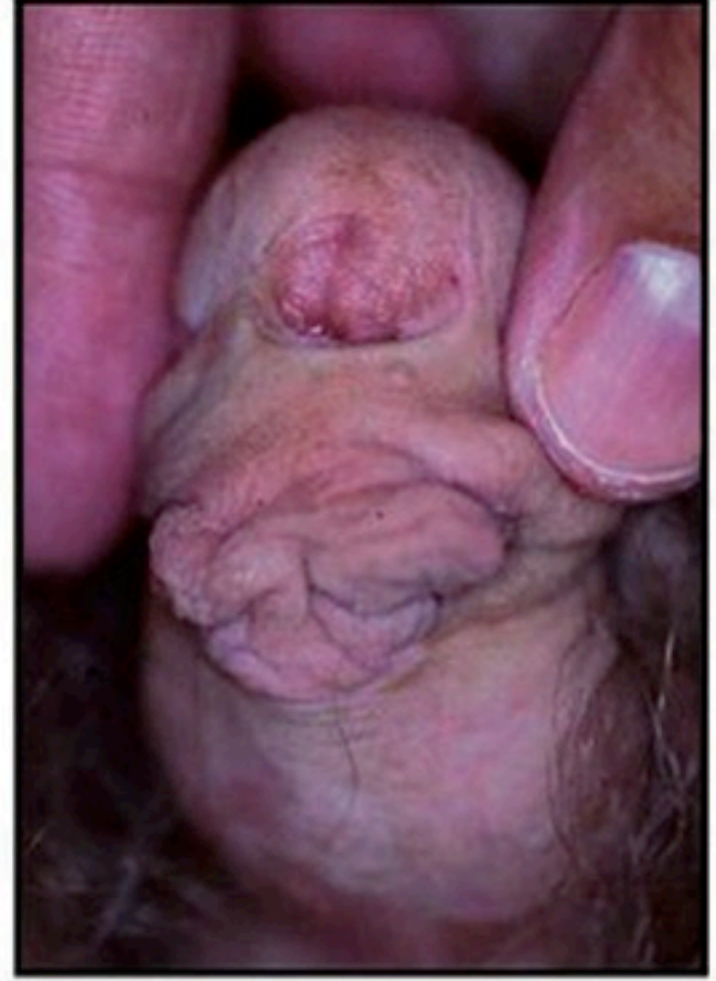
STOP Genitalverstümmelung in Kinderkliniken!



Bad cosmetic result



infection



cripple hypospadias

Offizielle Diagnose

**„Hypospadie Krüppel“
= von VerstümmlerInnen
zum „Krüppel“ operiert**

Pierre Mouriquand: *Surgery of hypospadias in 2006 – Techniques & outcomes*

Intersex Genital Mutilations
Medically Not Necessary, Unavoidable
Gendered Genital Surgeries
do Intersex Risk Against Sex Autonomy
Documentation:
History & Current Practice



www.intersexrights.org
Intersex Human Rights Foundation

IGM 2 – Diagnosen “AGS/CAH” u. “AIS”: “verweiblichende Genitalkorrekturen”

Ebenen	“AGS”/“CAH” “Adrenogenitales Syndrom” 2. häufigste Diagnose	“AIS” “Androgeninsuffizienz Syndrom” 3. häufigste Diagnose
1. Genetisch	XX	XY
2. Hormonell	Eierstöcke Nebennieren produzieren Testo statt Cortisol	Hoden im Bauchraum, Körper reagiert nicht auf Testo
3. Erscheinungsbild	“dazwischen” (“Praderstufen”)	“dazwischen” meist “200% weiblich” (CAIS)

“verweiblichende” kosmetische OPs: **“Klitorisreduktion”**

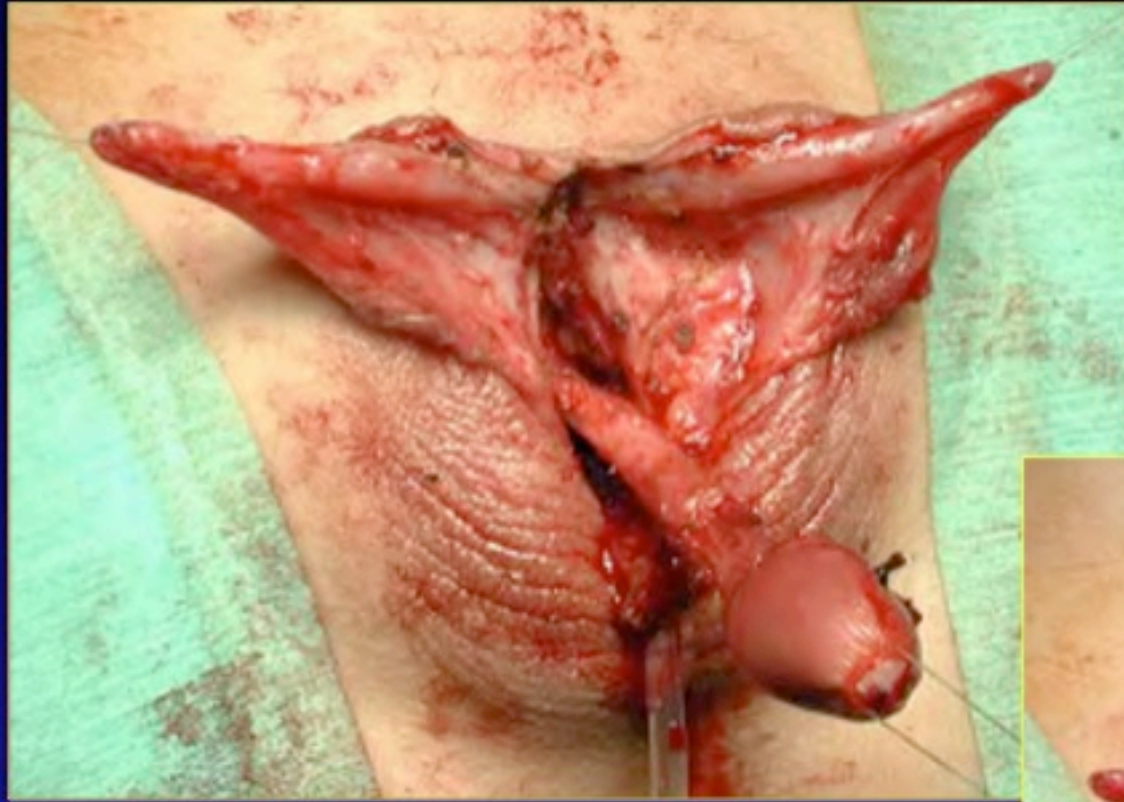
“... mein Mikropenis wurde verkleinert zu einer Klitoris, das bedeutet, dass mein Penis auseinander gesäbelt wurde, der Rest wurde in mich hineingestopft und dann wurde alles vernäht.” <http://www.nzzformat.ch/109+M53f045e7187.html>



“Ich werde mein Leben lang unter den Folgen dieser menschenverachtenden Behandlung leiden.” <http://intersex.schattenbericht.org/post/2008/07/21/AI-Fallbericht-Nella>

Daniela “Nella” Truffer

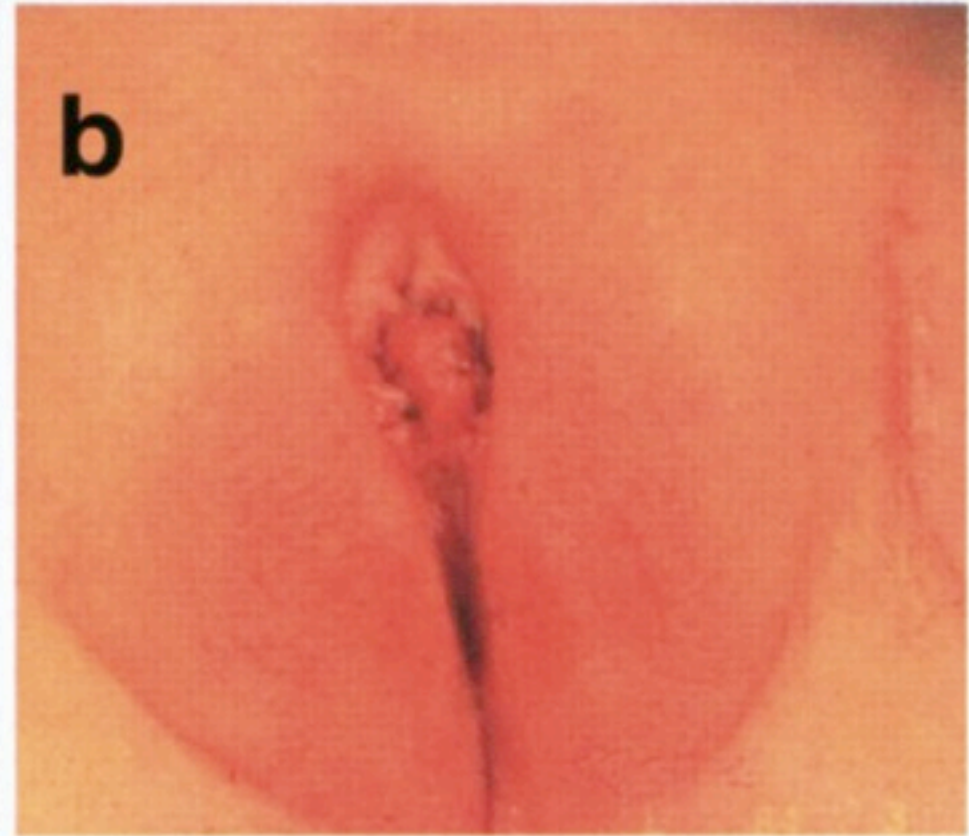
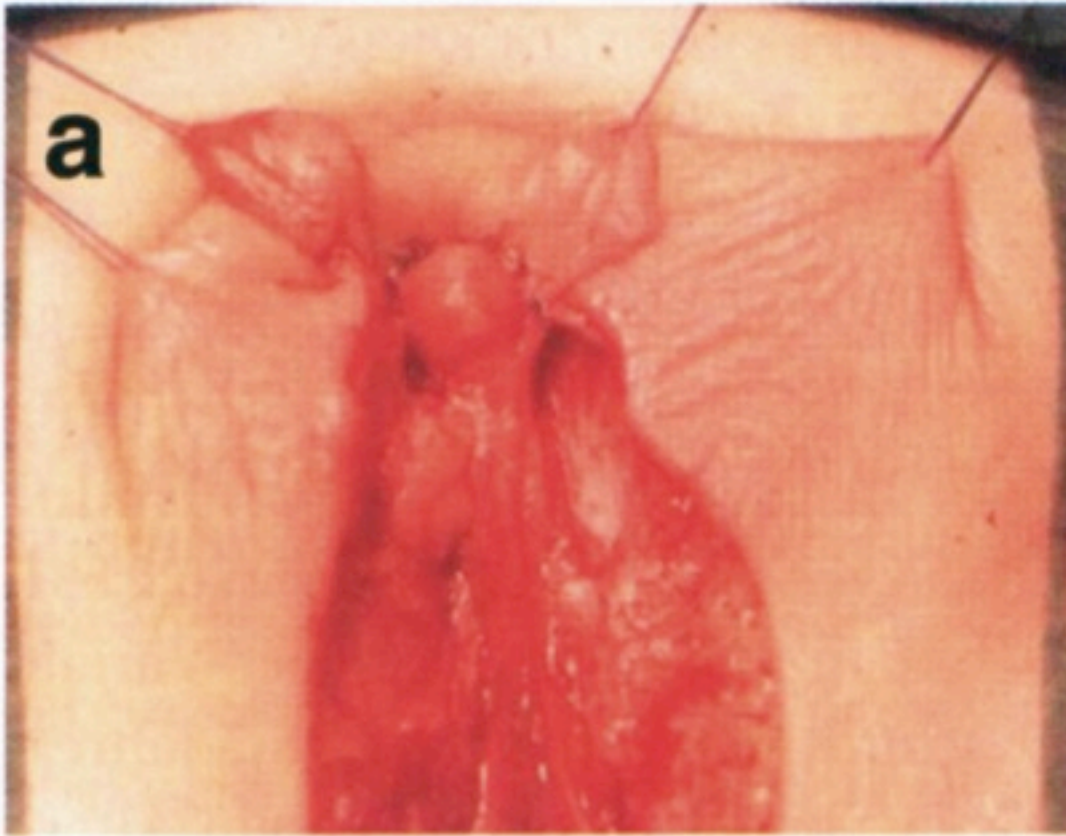
TRIGGERWARNUNG: Nächste 4 Folien enthalten OP-Bilder!



Intersex Genital Mutilations
 Medically Not Necessary, Irreversible
 Cosmetic Genital Surgeries
 On Children With Atypical Sex Anatomy
Documentation:
History & Current Practice

Zwischengeschlecht.org
 „Körper Mappe für Intersexuelle T*“
<http://www.genitalmutilation.org>

STOP Genitalverstümmelung in Kinderkliniken!



a+b: Refixation der Corpora cavernosa clitoridis.
"Materialknappheit" bei der Rekonstruktion eines
Präputium clitoridis und der kleinen Labien.

Intersex Genital Mutilations
Medically Not Necessary, Irreversible
Cosmetic Genital Surgeries
on Children With Atypical Sex Anatomy
Documentation:
History & Current Practice



Zwischengeschlecht.org
"Anteil haben wir Verantwortung"
http://www.zwischengeschlecht.org

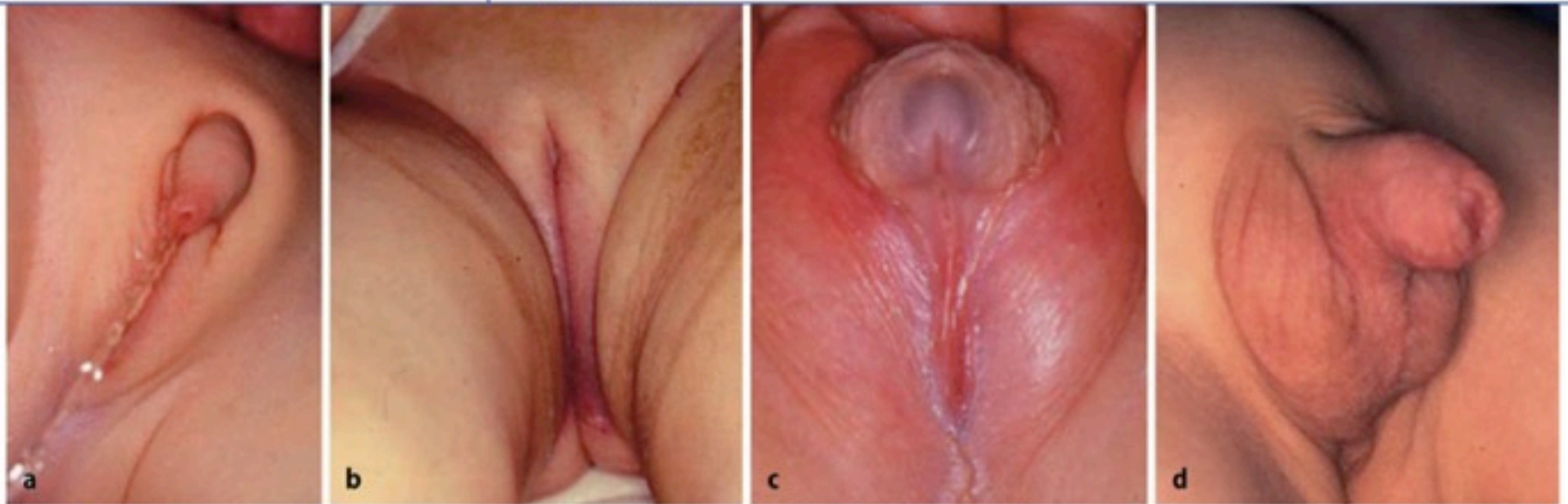


Abb. 1 ▲ a, b Adrenogenitales Syndrom (AGS) Prader 5 vor und nach Operation, **c, d** Hypospadias scrotalis vor und nach Operation



Abb. 2 ▲ a, b Schlechte Korrekturergebnisse nach Feminisierung und **c, d** nach Hypospadiaskorrektur

Real existierende Outcomes (Prof. Westenfelder: *Der Urologe*, 2011)

IGM 3 – Diagnose “(C)AIS”: Kastrationen (Gonadektomien) + Hormon“ersatztherapien” mit Östrogenen

91 M.M. Bailez • Intersex Disorders



Fig. 91.6 An inguinal approach for gonadectomy in a CAIS patient with two palpable gonads

**Begründung: angeblich
“hohes” Krebsrisiko ...**

Real: **CAIS 0.8 %, PAIS 15 %**

Cools et al. “Germ Cell Tumors in the Intersex Gonad”, 2006

**„Durch die Kastration der
tumorfreien Patientinnen macht man
Beschwerdefreie zu Kranken mit allen
unangenehmen Folgen der Kastration.“**

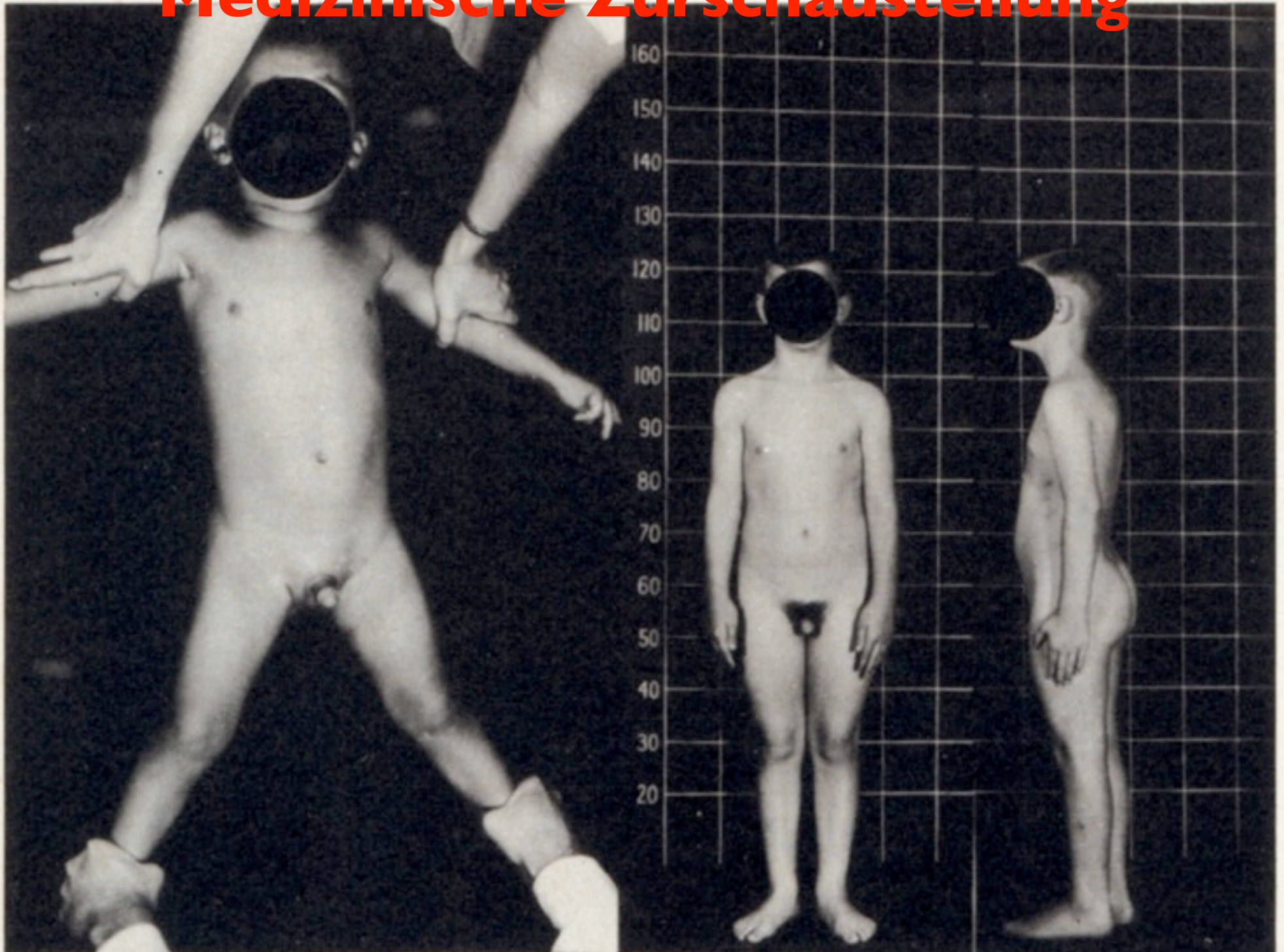
G.A. Hauser, in: Overzier (Hrsg.): “Intersexualität”, 1961

**H“ET” mit Östrogenen:
Folgebeschwerden u.a. Depressionen,
Adipositas, Stoffwechsel- und
Kreislaufstörungen, Osteoporose,
Einschränkung der kognitiven
Fähigkeiten und Libidoverlust**

Claudia Kreuzer ([online](#))



Medizinische Zurschaustellung



John Money: "Körperlich-sexuelle Fehlentwicklungen" (1969), Tafel 12

IGM – Historischer Überblick

‘Westliche’ Medizin, 19. Jh:

Klitorisamputationen an jungen Mädchen als “Heilmittel” gegen

- a) Masturbation b) Hysterie**
- c) “zu große Klitoris”**

Während Klitorisamputationen wegen a) und b) in der medizinischen Zunft nicht unumstritten waren und in der 1. Hälfte des 20. Jahrhundert fast ganz aufgegeben wurden, nahmen Amputationen wegen c) nach 1950 stark zu und setzten sich in den 1960er Jahren in der “westlichen Medizin” als unhinterfragter Quasi-Standard durch, oft in Verbindung mit Kastrationen.



Der Begriff “Intersex”

Vorgeschichte: Zwitter als Rechtfertigung für Schwulenbefreiung

- **Karl Heinrich Ulrichs (1825-1895):**

Schwule als “psychische Hermaphroditen”

(“Zwitterparagraph” im APLR würde Schwulen Heirat mit Männern ermöglichen)

- **Magnus Hirschfeld (1868-1935):**

Schwule als “sexuelle Zwischenstufen”, “drittes Geschlecht”
und “**Zwischengeschlecht**”; Homosexualität ist angeboren

- **Genetik**

Richard Goldschmidt prägte Begriff “Intersex” (1915):

Motten-“Intersexe” als Ergebnis von “Rassenvermischung”;

Homosexualität ist genetisch, d.h. angeboren

- **Gynäkologie**

Völkische Diagnose “Intersexuelle Konstitution” (1924–1950er)

NS-Diagnose „Intersexuelle Konstitution“

Der **Intersex-Typus** (Mannweib, **Schizoid**) (Abb. 863) ist körperlich und psychisch ausgedrückt. Es kommen auch sexuelle Zwischenstufen vor, wobei feminine Zeichen nur schwach ausgebildet sind. Die Behaarung ist übermäßig und atypisch, die Züge sind männlich, die Stimme ist tief. Die Pubertät tritt verzögert auf, es besteht Frigidität und eine herabgesetzte Fruchtbarkeit bei Hypoplasie der Keimdrüsen und Hyperfunktion der Hypophyse, manchmal ein eunuchoider Hochwuchs, ferner Störungen in der Funktion der Thyreoidea. Häufig wird Dysmenorrhöe beobachtet.

Medizinische Zurschaustellung



Abb. 863. Intersex-Typ (Schizoid).

Intersex Genital Mutilations
Medically Not Necessary, Irreversible
Cosmetic Genital Surgeries
On Children With Atypical Sex Anatomy
Documentation:
History & Current Practice



Zwischengeschlecht.org
„Kein Recht Für Normoprotektion Test“
<http://www.gonadectomy.org>

<http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2012/06/21/Intersex-Typ-Schizoid-Weibel-Frauenheilkunde-1944>

20. Jahrhundert (I)

1900-1945: Grundlagenforschung zur Auslöschung

“Genitalkorrekturen” + Hormongaben



Hans Naujoks (1892-1959)

Z.B. Hans Naujoks, Marburg 1933:

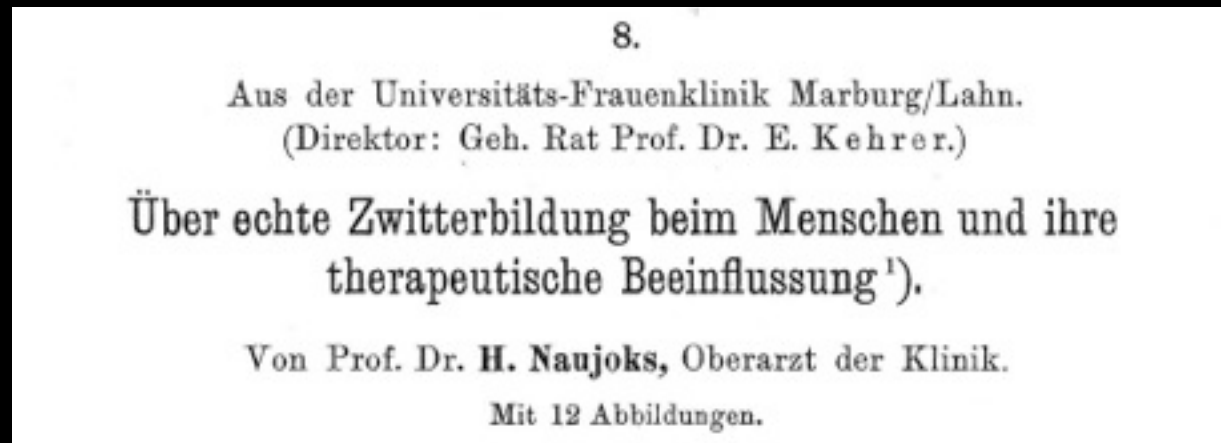
„Klitorisamputation mit Stumpfbildung“ in Verbindung mit Fertilisierungsexperiment (Herbeiführung von Menstruation durch Hormongaben) an „echtem Hermaphroditen“, publiziert 1933 + 1934

<http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2011/07/20/Deutscher-Ethikrat-rassistisch-motivierte-Operationen-an-Intersexuellen-Naujoks>

Hans Naujoks war 1932 mitverantwortlich für die Legalisierung der „eugenischen Indikation“ zur Schwangerschaftsunterbrechung. Als 1972 in der BRD Zwitter wegen Unzumutbarkeit für die Eltern zur **selektiven Spätabtreibung** freigegeben wurden („Gefahr einer intersexuellen Mißbildung des Fetus“), berief sich die Bundesärztekammer auf Naujoks' Vorarbeiten.

<http://blog.zwischengeschlecht.info/post/2013/01/27/Abtreibung-Indikation-intersexuelle-Missbildungen>

NS: Zwitter = biologisch minderwertig



- **Hans Naujoks 1933:**

- **„[Klitoris-]Amputation mit Stumpfbildung“**

Dominik Leitsch: "Die Intersexualität", Diss. Köln 1996

„Gerade in Verfolg unserer neuen großzügigen Bestrebungen weitgehender Erb- und Rassenpflege“ ist von „eugenische[r] Seite“ aus „das Gelingen dieses biologischen Experimentes, die Fortpflanzung dieses Wesens im Volksinteresse wohl nicht allzu wünschenswert [...]. In die Vollwertigkeit dieser Nachkommenschaft müssen doch einige Zweifel gesetzt werden [...].“

Naujoks, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 109, 1934, S. 151, 160 (PDF)

<http://stop.genitalverstuemmelung.org/post/2012/05/13/Hans-Christian-Naujoks-%281892-1959%29>

20. Jahrhundert (2)

1945–heute: Medizinische Auslöschung

1950:

Beginn der systematischen Zwangsoperationen an Kleinkindern in Baltimore und Zürich

- **Medizinischer “Quasi Standard”:**

Lawson Wilkins, John Money (Baltimore)

“Optimal Gender Policy”, 1950/55 - heute

Andrea Prader u. Max Grob (Zürich)

Jürgen Bierich (Hamburg/Tübingen)

Möglichst früh nach chirurgischer Machbarkeit zuweisen,
kastrieren und/oder chirurgisch “vereindeutigen”, dem Kind
zeitlebens verheimlichen, konsequent in der gewählten Rolle
erziehen, “kontrollierte” künstliche Pubertät

“Evidenz”: gefälschtes “Zwillingsexperiment” mit tödlichem Ende

Baltimore 1950: Beginn der systematischen Auslöschung



Normal age 9 yrs.



Age 2 yrs. 11 mos.

Ht. age 4-3

Bone age 6-0

17-KS:

2 yrs. 9-12 mg/d.

3 yrs. 15-25 mg/d.

Pubic hair appeared at 20 mos.

Small urogenital sinus.

Siblings:

1. ♀ pseudohermaphrodite.
2. Female-normal.
3. ♂-macrogenitosomia and scrotum. (H.L.H. A52394)
4. ♂-macrogenitosomia

Clitoris amputated.

Raised as girl.

(H.L.H. A59183)



Age 4 yrs., 2 mos.

Ht. age 5-0

Bone age 7-6

17-KS: 16-22 mg/d.

No sexual hair.

Urogenital sinus non-communicating.

Raised as boy.

Plastic operations on hypospadiac penis



Age 4 yrs., 5 mos.

Ht. age 7-0

Bone age 11-0

17-KS:

17-22 mg/d.

Pubic hair at 2½ yrs.

Small urogenital sinus.

Raised as girl.

Clitoris excised. (H.L.H. A47344)



Age 9 yrs.

Ht. age 14-6

Bone age 15-0

17-KS: 14-22 mg/d.

Pubic hair at 4½ yrs.

Axillary hair at 8 yrs.

Large urogenital sinus.

Raised as girl. Clitoris excised. (H.L.H. A26544)

Intersex Genital Mutilations
Medically Not Necessary, Irreversible
Consequences: Sexual Surgeries
on Children With Assigned Sex Anxiety
Documentation:
History & Current Practice



Zwischengeschlecht.org
www.zwischengeschlecht.org

Patients all had enlarged phallus, urogenital sinus and absent vagina at birth. Patient B had been mistaken for a boy and raised as such.

NOTE the excessive somatic growth, advanced skeletal development, high 17-ketosteroid output and early appearance of sexual hair. Patients were well developed muscularly, but did not seem especially "masculine."

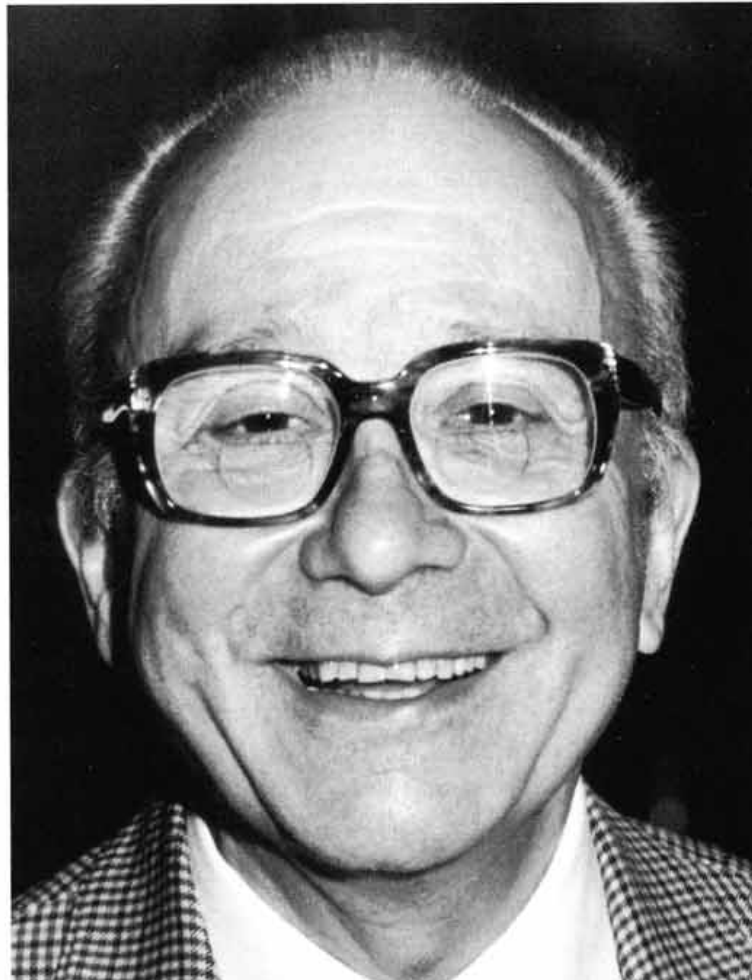
Lawson Wilkins (Baltimore): "The Diagn. a. Treatm. of Endocrine Disorders in Childh. a. Adolesc." (1950)

*Milo Zachmann, Zürich
Andreas Fanconi, Zürich
Wolfgang Sippell, Kiel*

Professor Andrea Prader

On the Occasion of His 75th Birthday

**hospitierte 1950 in Baltimore,
verbreitete neuen “Standard”
via Zürich in Europa und global**



On December 23, 1994, Professor Andrea Prader, Chairman emeritus of the Department of Paediatrics at the University of Zürich, eminent paediatric endocrinologist, and founder of the European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE) will be celebrating his 75th birthday.

Although his active and formerly sometimes slightly impatient ways have mellowed, and although recently he has occasionally complained of forgetting a few things (e.g. the name of a former patient, but never anything important), his sharp intellect and critical mind are still at least equal, and often enough superior, to those of many of his colleagues decades younger.

His curriculum and achievements have been highlighted many times (see e.g. Professor Wiedemann's remarks on the occasion of his 65th birthday, *Eur J Pediatr* 1984;143:80–81), and we will not reiterate all the honorary memberships and degrees he has accumulated during his awesome career.

All these important and well-deserved honours are, however, not as impressive as his personality in everyday life: in spite of a tremendous workload, he never had the slightest difficulty in separating the important from the unimportant, the **ESPE-Gründer** g, and meaningless chatter from u his clairvoyance,

Zürich 1954: "Praderstufen"

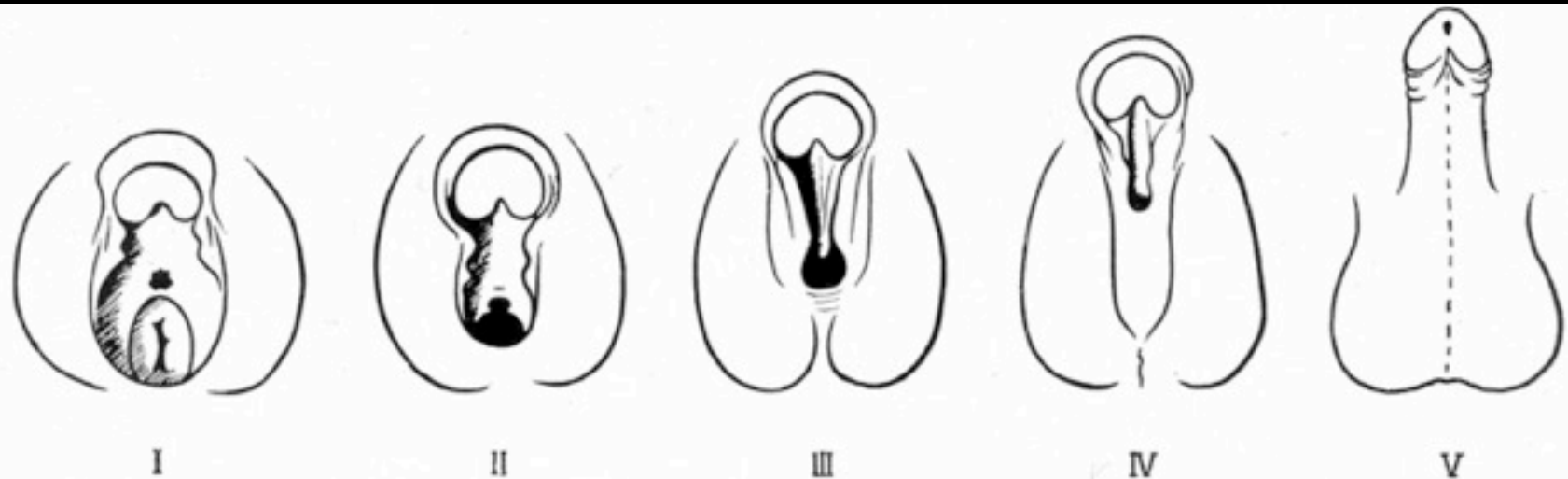


Abb. 673. Formen des äußern Genitale bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom infolge angeborener NNR-Hyperplasie (nach Prader). Typ I: nur Clitoris vergrößert. Typ II: Vestibulum trichterförmig verengt, Urethral- und Vaginalöffnung getrennt, aber dicht übereinanderliegend. Typ III: Sinus urogenitalis mit etwa bleistiftdicker Mündung. Typ IV: Urethraartige Mündung des Sinus urogenitalis an der Basis der vergrößerten Clitoris (ähnlich einer Hypospadias peno-scrotalis beim Knaben). Typ V: Mündung des Sinus urogenitalis im Bereiche der Glans (selten).

als bei der echten Pubertas praecox. Im Röntgenbild läßt sich nach retroperitonealer Luftfüllung die vergrößerte Nebenniere meist gut erkennen (vgl. Abb. 668 und 669).

Äußere Genitalform: Für den Chirurgen sind die Veränderungen des äußern Genitale in therapeutischer und differentialdiagnostischer Hinsicht von besonderer Bedeutung. Es ist anzunehmen, daß der Grad der Vermännlichung der weiblichen Geschlechtsorgane beim adrenogenitalen Syndrom vom Zeitpunkt, in welchem die fetale Überproduktion androgener Hormone einsetzt, und von ihrer Intensität abhängt. Nach Prader, der 19 Fälle unserer Klinik zusammengestellt hat, lassen sich 5 verschiedene

1959 Zusatzausbildung in Baltimore, ab 1968 Direktor Kinderklinik Tübingen

Jürgen R. Bierich, Professor emeritus of Paediatrics, died unexpectedly on January 14th 1994 in Tübingen. Jürgen R. Bierich was born on January 11th 1921 in Hamburg, where he spent his childhood and youth. In 1939 he started studying medicine in Halle and completed his studies at the University of Hamburg in 1946, after a break for military service in Russia. Following the state examination, he underwent training in Paediatrics under Professors Rudolf Degkwitz, Albert Eckstein and Karlheinz Schäfer at the Department of Paediatrics, University Hospital in Hamburg-Eppendorf. Encouraged by Arthur Jores, a pioneer of clinical endocrinology in Germany, Jürgen Bierich developed the interest in endocrinology which was to determine his professional career. In 1956 he received his 'habilitation' with a thesis on the subject of 'The function of the adrenal gland in childhood and puberty', a work for which he received the Martini Award of the University of Hamburg. In 1959 he worked as a post-graduate Fellow with Lawson Wilkins, the founder of paediatric endocrinology, at Johns Hopkins University in Baltimore. Jürgen Bierich was appointed Professor in 1962, and in 1968 he was appointed to the Chair of Paediatrics at the University of Tübingen, where he remained until his retirement in 1989.

Jürgen Bierich always considered himself first and foremost a paediatrician, in spite of his passion for endocrinology, in which he invested much of his energy. In 1962 he was one of the founder members of the European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE) at the inaugural ESPE meeting in Zürich. He was also an active member of the German Society of Endocrinology (DGE) and was President of that society's meetings in 1964 and 1974. His broad interest beyond the framework of endocrinology was reflected in his idea of endocrinology as a system in the

ESPE-Gründungsmitglied



Intersex-Klitorisamputationen an Kindern in Deutschland bis mind. in die 1980er-Jahre:

Nach Möglichkeit soll die Operation schon vor dem vierten Lebensjahr durchgeführt werden. Bei leichteren Fällen ist lediglich die Entfernung der Klitoris erforderlich. Das Organ soll dabei *exstirpiert* und nicht amputiert werden, da sich sonst lästige Erektionen des zurückgebliebenen Stumpfes einstellen können. Wie HAMPSON (1956) bei einer größeren Reihe operierter Frauen festgestellt hat, leidet die Orgasmusfähigkeit durch die Klitorisentfernung nicht. Ist das Genitale stärker vermännlicht, so muß darüberhinaus die Eröffnung des Sinus urogenitalis vorgenommen werden.

Jürgen W. Bierich, in: Overzier 1961, S. 387

Prof. Bierich (HH/Tübingen): mind. 1958-1971

Bis heute:

“Hypospadie-Grade” und “Prader-Stufen”

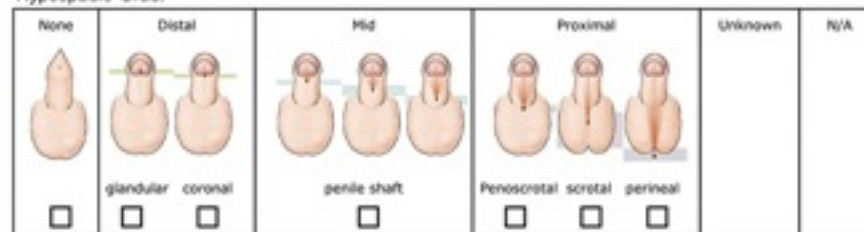
Name: _____ Universitätsklinikum Gießen
 Vorname: _____ Päd. Endokrinologie & Diabetologie
 Geburtsdatum: _____ Prof. Dr. S. A. Wudy
 Begleitschein zur Anforderung Steroidlabor

Beschreibung des Genitalstatus

Patient: 46,XY DSD

Skrotale Fusion: Ja ☐ Nein ☐
 Phallus-Länge: Datum: _____ gestreckte Penislänge: _____ mm
 Gonaden: labioscrotal inguinal abdominal fehlend
 links ☐ ☐ ☐ ☐
 rechts ☐ ☐ ☐ ☐

Hypospadie-Grad:

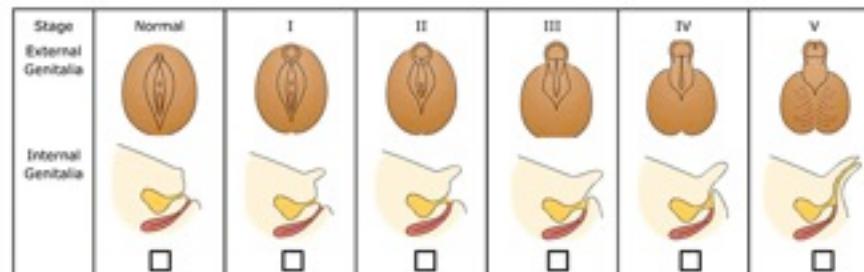


Innere Geschlechtsorgane Müller-Strukturen ☐ Wolff-Strukturen ☐ beides ☐ unbekannt ☐

Patient: 46,XX DSD

Labiale Fusion: Ja ☐ Nein ☐
 Phallus-Länge: Datum: _____ gestreckte Penislänge: _____ mm
 Gonaden: labioscrotal inguinal abdominal fehlend
 links ☐ ☐ ☐ ☐
 rechts ☐ ☐ ☐ ☐

Prader-Stadien:



Innere Geschlechtsorgane Müller-Strukturen ☐ Wolff-Strukturen ☐ beides ☐ unbekannt ☐

20. Jahrhundert (3)

1993-heute: Widerstand der Betroffenen

Aufstand der Zwangsoperierten

Selbsthilfe & Emanzipation, 1988 - heute:

AUS/UK/USA: **AISSG** D: **XY-Frauen (1997)**

>>> Peer Support, psychosoziale Unterstützung für Eltern statt operieren

1993:

Erste organisierte & öffentliche Kritik von Betroffenen:

USA 1993: **Intersex Society of North America (ISNA)**

D 1996: **AG gegen Gewalt in der Pädiatrie und Gynäkologie (AGGPG)**

- **Zerstörung sexuellen Empfindens**
 - **Verstoss gegen Recht auf körperliche Unversehrtheit**

Boston, 26.10.1996:

I. Zwitter-Demo gegen Genitalabschneiderkongress

Seit 2004: 26.10. = “Intersex Awareness Day”



2009-2011: UN-Frauenausschuss und UN-Ausschuss gegen Folter kritisieren Deutschland wegen IGM. >>> <http://intersex.schattenbericht.org>

2013: UN-Sonderberichterstatter über Folter verurteilt **“genital-normalisierende Zwangsoperationen”** und **“Sterilisierung”** an **“Kindern mit atypischen körperlichen Geschlechtsmerkmalen”**, fordert **“gesetzgeberische Maßnahmen”** (A/HRC/22/53), ebenso der **Europarat** (Res. 1951/2013).



Aktion vor der UNO zur 43. CEDAW-Session, Genf 25.01.2009

STOP

Genitalverstümmelung als “Rohmaterial” für Geschlechterforschung und -Politik!



11th EMBL/EMBO Conference: “The Difference between the Sexes -
From Biology to Behaviour”, Heidelberg 06.11.2010

Zwitter als Mittel zum Zweck (I): Gender- und Queer Studies

"In den letzten Jahren gab es eine **vermehrte Beachtung und wachsendes Interesse** am Thema Intersexualität durch Women's und Gender Studies."

"Die Ergebnisse dieser Pilotstudie bestätigten unsere Vermutung, dass Intersex hauptsächlich als **akademisches Forschungsobjekt verstanden wird, um den Begriff der Zweigeschlechtlichkeit (und des Sexismus, sowie der Homophobie) zu dekonstruieren**, und nicht als ein Thema gesehen wird, das in der realen Welt Implikationen für reale Leute hat."

"**Auch wenn die Lehrenden die besten Absichten hegen**, untergraben fehlendes Bewusstsein für und die fehlende Beachtung der Realitäten von Intersexuellen die adäquate Darstellung des Themas. Dabei werden unbeabsichtigt die **Nicht-Sichtbarkeit und die Objektivierung der Intersexuellen perpetuiert**."

Emi Koyama, Lisa Weasel:

**"Von der sozialen Konstruktion zu sozialer Gerechtigkeit.
Wie wir unsere Lehre zu Intersex verändern." (2002)**

In: Die Philosophin, Heft 28, Dezember 2003, S. 79-89.

Zwitter als Mittel zum Zweck (2): Geschlechter- und LGB(T)-Politik

Solidarität – oder Projektion?

“Dass sich gerade [Transsexuelle sowie Lesben und Schwule] dieses Themas annehmen, liegt an einem **Überschuss von Projektion**.

Sie sehen nicht, dass ihre Problematik, d. h. die Problematik von Coming-out und gesellschaftlicher Anerkennung, **nicht die von Hermaphroditen ist**.

Sie sehen nicht, dass die **ungefragte Adoption** von Hermaphroditen durch die Lesben-, Schwulen- und Trans[*]bewegung einer **Überrumpelung und Kolonialisierung** gleichkommt und moralisch unzulässig ist, weil sie **das eigentliche Anliegen von Menschen mit medizinischer Gewalterfahrung überdeckt**.”

Georg Klauda:

“Über die Verstümmelung von Hermaphroditen” (2002)

Solidarität – oder Projektion?

Z.B. Personenstand-Murks 2013

(a.k.a. angebliche “Option zum Offenlassen”)

Personenstandsnovelle § 22(3) PStG:

--> **KEINE “Option”, dafür stigmatisierender Zwang**

- Mehr Druck auf Eltern, Kinder für “normalen” Eintrag zu operieren
- Gefahr von Zwangsoutings
- Verstärkung der Machtposition der Medizin:
“Künftig entscheiden wohl Arzt oder Hebamme” - Manfred Neumann,
Fachverband der Standesbeamten **Baden-Württemberg**
- **Preußisches Landrecht war schon mal weiter ...**

Umgekehrt werden Betroffenen bestehende Möglichkeiten oft verwehrt:

- § 7 PStV: **OPTIONALES** Offenlassen des Geschlechtseintrags bei betroffenen Kindern seit 2009 unbefristet möglich
– **Behörden verweigern**
- § 47 PStG: Betroffene können später Geschlechtseintrag unbürokratisch korrigieren – **Behörden verweigern**

Projektion – oder Solidarität?

Die täglichen Intersex-Genitalverstümmelungen (IGM) in Kinderkliniken als “wissenschaftliches Rohmaterial” für Geschlechterforschung und als “Argumentationshilfe” für Geschlechterpolitik zu benutzen ist unsolidarisch!

Intersex-Genitalverstümmelungen an Kindern sind KEIN “Nebenwiderspruch” des Zweigeschlechtersystems oder der Heteronormativität!

Die GROSSE MEHRZAHL der Intersexe identifizieren sich NICHT als “Intersex” (oder haben überhaupt Interesse an “Identitäten”) sondern leiden bis heute an den Folgen der Intersex-Genitalverstümmelungen!

>>> “Zwitter und progressive LGBTQs gegen Vereinnahmung”

2014: IGM in Baden-Württemberg



Protest gegen Live-Verstümmelungen, Tübingen 2011

BW ist das Bundesland mit der wohl höchsten IGM-Klinik-Dichte

IGM im Angebot: Heidelberg, Ulm, Mannheim, Stuttgart, Freiburg, Tübingen, ...

BW ist das einzige Bundesland mit 2 (von aktuell 4) geplanten “überregionalen IGM-Kompetenzzentren”:
Ulm und Tübingen (sowie Lübeck und Berlin)

Z.B. Heidelberg (I)

- Wohl grösste IGM-Klinik in BW
- Alle IGM-Formen im Angebot



Protest gegen IGM, Heidelberg 2012

Angeborene Missbildung der äußeren Genitalien I

Hypospadie

Die Hypospadie ist eine der häufigsten angeborenen Missbildungen des äußeren männlichen Genitale. Bei dieser angeborenen Fehlbildung besteht nicht nur eine Abweichung des Erscheinungsbildes des äußeren Genitale, die Hypospadie kann vielmehr auch mit einer Funktionseinschränkung des Penis assoziiert sein. [mehr...](#)

Erkrankungen der Hoden im Kindesalter I

Hodenhochstand

Die Hoden entstehen in der frühen embryonalen Entwicklung eines Jungen. Obwohl sie initial im Bauchraum angelegt sind, sinken sie im Laufe der Schwangerschaft in den Hodensack. Zu den Aufgaben der Hoden gehören die Bildung von Steroidhormonen (= Androgenen) in den Leydig'schen Zwischenzellen und die Produktion von Spermien in den Samenkanälchen, den so genannten Tubuli seminiferi. Die Testosteron Produktion in den Leydig'schen Zwischenzellen

Z.B. Heidelberg (2)

- **Wohl grösste IGM-Klinik in BW**
- **Alle IGM-Formen im Angebot**

Störung der Geschlechtsdifferenzierung I

Intersex, Formen der sexuellen Differenzierungsstörung und ihre Diagnostik

Die Feststellung des Geschlechtes kann bei einigen Kindern erschwert bzw. nicht eindeutig möglich sein. Der medizinische Ausdruck „Intersex“ wird gebraucht, um verschiedene Fehlbildungen der äußeren Genitalien, die im Rahmen einer Entwicklungsstörung entstehen und den typischen Aspekt der äußeren Genitalien, die weder zum Jungen noch zum Mädchen gehören, zu beschreiben. [Mehr lesen ...](#)

Störung der Geschlechtsdifferenzierung II

Chirurgische Therapie des Intersex

Die Chirurgie soll ermöglichen, dass die äußeren Genitalien normal aussehen – entweder wie bei einem Mädchen oder wie bei einem Jungen. Die Operation ist in den allermeisten Fällen des Intersex notwendig. [mehr...](#)

Missbildungen des äußeren Genitale beim Mädchen

Sinus urogenitalis

Beim gesunden Mädchen sind die Harnröhre und Vagina anatomisch von einander getrennt. In seltenen Fällen können Vagina und Harnröhre miteinander vereint sein. Diese Missbildung wird als urogenitaler Sinus bezeichnet. [Mehr lesen ...](#)

Z.B. Heidelberg (3a)

- IGM in Uni-Lehre, z.B. Markus Bettendorf (I)

Markus Bettendorf: "Adrenogenitales Syndrom lebenslang behandeln", Ärztliche Praxis Gynäkologie 2/2007, S. 32-34.

Prof. Dr. med. Bettendorf propagiert darin (unter Rückgriff auf Prof. Dr. Andrea Prader) vorbehaltlos u.a. menschenrechtswidrige, medizinisch nicht notwendige **"operative Korrekturen beim intersexuellen Genitale bis zum Ende des zweiten Lebensjahres"** und **experimentelle Pränatal-"Therapien"**:

"Beim klassischen AGS fallen weibliche Neugeborene bei der Geburt durch die Virilisierung des äußeren Genitale auf. Das klinische Spektrum dieses Pseudohermaphroditismus femininus (Einteilung nach Prader in fünf Stadien) reicht von Klitorishypertrophie bis zur kompletten Virilisierung mit penisartig vergrößerter Klitoris." (S. 32)



"Bei den seltenen AGS-Formen mit verminderter Androgensynthese ist das Genital der Mädchen norml weiblich und bei den Jungen untervirilisiert (Hypospadie oder intersexuell) oder feminisiert (Pseudohermaphroditismus masculinus)." (S. 33)

Z.B. Heidelberg (3b)

- IGM in Uni-Lehre, z.B. Markus Bettendorf (2)

Therapie:

Postnatal müssen eine rasche Festlegung des Geschlechts erfolgen und eine frühzeitige Korrektur des äußeren Genitales (2. Lebensjahr) angestrebt werden. [...] Bei [...] Testosteronbiosynthesedefekten und partieller Androgenresistenz (bei weiblichem Phänotyp Virilisierung in der Pubertät) ist eine Gonadektomie indiziert.

Zusammenfassung:

Störungen der sexuellen Differenzierung stellen einen Notfall im Neugeborenenalter dar! Geschlechtszuordnung nach Evaluierung des chromosomalen Geschlechts, des gonadalen Geschlechts und des somatischen Geschlechts (inneres und äußeres Genitale). (S. 287)

Markus Bettendorf / Jürgen Grulich-Henn: "Endokrinologie und Diabetologie", in: Ertan Mayatepek (Hg.), Pädiatrie, München 2007, S. 243-299.

Z.B. Ulm

- “Überregionales IGM-Kompetenzzentrum”
 - Alle IGM-Formen im Angebot

“normales Aussehen beruhigt”

- Clothilde Leriche (Leiterin Kinderchirurgie)

Von der Universitäts-Kinderklinik Ulm wird Leriche als als *“Intersex-Referenz-Chirurgin in Deutschland”* angepriesen (>>> [PDF, S. 1](#)).

2012 brüstete sich Dr. Leriche in einem Vortrag vor operationsinteressierten Eltern, bisher schon **“500 AGS-Mädchen operiert”** zu haben, sowie *“170 andere Kinder”*.

2013 waren's dann schon 600 laut *“4th I-DSD Symposium”* in Glasgow (>>> [Proceedingsband](#), S. 24-25):

“Operationen an über 600 Kindern mit AGS, darunter Klitorisreduktionen, Vaginalplastiken und Labienrekonstruktionen”



Auch zahlreiche weitere Äusserungen von Dr. Leriche sprechen für sich, darunter:

“... es ist einfacher ein Kind zu operieren, als es mühsam mit Hilfe von Psychologen in die Gesellschaft als Intersex zu integrieren” (>>> [“Planetopia” 18.03.2007](#))

“Bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom bei ausgeprägter Klitorishypertrophie wie auch bei Patienten mit 46,XY-Karyotyp und unvollständiger Virilisierung sollte eine Genitalkorrektur früh durchgeführt werden - am besten gegen Ende des ersten Lebensjahres. ”

“Männliche Genitalkorrektur

[...] Auch für diese Patienten ist der günstigste Operationszeitpunkt zum Ende des ersten Lebensjahres gegeben. [...]” (>>> [“Kinderärztliche Praxis 74 / 2005](#))

Z.B. Mannheim (I)

- **Alle IGM-Formen im Angebot**



Protest gegen IGM, Mannheim 2012

Hypospadie - Fehlmündungen der Harnröhre

Bei einem von 300 Jungen mündet die Harnröhre nicht in der Eichelspitze sondern am Penisschaft oder am Hodensäckchen. Meist ist die Vorhaut segelartig verändert. Eine Hypospadie ist für den Jungen keine gefährliche Erkrankung, sollte aber ab dem vollendeten zweiten Geburtstag operativ korrigiert werden. Das fehlgebildete Glied kann in der Entwicklung zu schweren psychischen Belastungen führen. In ausgeprägten Formen kann es zu Störungen der Fortpflanzung kommen. Operativ wird eine neue Harnröhre geschaffen, die zum Schutz vor Verletzungen mit Bindegewebe aus der Vorhaut bedeckt wird. Dazu wird das Vorhautsegel entfernt. Der Junge sieht nach der Operation wie beschnitten aus.

Z.B. Mannheim (2)

- **Alle IGM-Formen im Angebot**

Disorders of Sex Development und Adrenogenitales Syndrom

Ein weiterer Schwerpunkt unserer Abteilung liegt in der Behandlung von Kindern mit **DSD (Disorders of Sex Development)** und **AGS (Adrenogenitales Syndrom)**.

Therapie:

Die Behandlung beim AGS besteht in einer lebenslangen Hormonsubstitution (Cortison, ggf. Fludrocortison).

Ist die Vermännlichung des weiblichen äußeren Genitale sehr ausgeprägt, so kann dies zu einer psychischen Belastung des Betroffenen führen. Besteht der Wunsch einer Korrekturoperation, so kann dies unter Erhaltung der Gefäß- und Nervenversorgung durchgeführt werden.

Für die optimale Betreuung besteht in der Universitäts- Klinik Mannheim eine enge Zusammenarbeit zwischen den pädiatrischen Endokrinologen und unseren erfahrenen Operateuren, sowie eine begleitende psychologische Betreuung von Eltern und Kind.

Z.B. Stuttgart (I)

- **Alle IGM-Formen im Angebot**

B_52

Kinderchirurgische Klinik (OH)

VC20

Nierenchirurgie

Ureterabgangsstenosen, Nephrektomien, Heminephrektomien, Tumorchirurgie der Nieren und Nebennieren, Harnleitermündungsstenosen, Doppelanlagen, Refluxchirurgie, teilweise minimalinvasiv, Blasenextrophie, Urethralklappen, Hypospadien, Epispadien, weibliche Genitalfehlbildungen

(Klinikum Stuttgart)

Z.B. Stuttgart (2)

- **IGM in Uni-Lehre, z.B. „Hypospadie-Korrektur“**

4. Weiterbildungsjahr in der Kinderchirurgie:

Gruppe I Kopf und Hals:

- Große Ranulaexstirpation
- Lymphangiom-OP (2. – 4. Jahr je nach Lokalisation)
- Ohrmuschelplastik

Gruppe II Brustwand und Brusthöhle:

- Ösophago-tracheale Fistel
- Ösophagusatresie-OP



Ende 4. Weiterbildungsjahr

Gruppe III Bauchwand und Bauchhöhle:

- Leistenhernie und Leistenhoden beim Säugling
- Cholezystektomie
- Hypospadie-Korrektur-OP
- Duodenalatresie
- Pankreas anulare
- Dünndarmatresie
- Ureterostomie
- Nephrektomie

Z.B. Stuttgart (3)



**Karl-Olga
Krankenhaus**



→ Home

→ Ihr Aufenthalt

→ **Unser Leistungsspektrum**

→ Aktiv für Ihre Gesundheit

→ Über uns

Fachabteilungen

Reuter-Klinik Urologie

↳ Das Team

↳ Ambulanzen und
Sprechstunden

↳ **Medizinische Schwerpunkte**

→ Prostatakrebs

→ Altersprostata

→ Kleine Nierentumore

→ Nierensteine

→ **Kinderurologie,
Hypospadie-OP**

Kinderurologie, Hypospadie-OP

Angeborene Fehlbildungen der oberen und unteren Harnwege sowie Fehlbildungen des Genitaltraktes kommen in bis zu 8,5% bzw. 5,5% der Neugeborenen vor.

Das Spektrum dieser Fehlbildungen ist sehr breit gefächert, ebenso wie die möglichen Folgen für die weitere Entwicklung des Kindes. Diese können von lebensbedrohlichen Zuständen über schwerwiegende Beeinträchtigungen der Lebensqualität bis hin zu Veränderungen reichen, die in der Regel erst zufällig im Rahmen anderer Untersuchungen festgestellt werden.

Genitalfehlbildungen

Genitalfehlbildungen bilden einen Schwerpunkt unserer Klinik. Neben dem Hodenhochstand (Hodenretention) spielt die Fehlmündung der Harnröhre (Hypospadie) eine große Rolle. Die operative Korrektur dieser Fehlbildungen sollte bis zum 2. Lebensjahr abgeschlossen sein. Insbesondere die Therapie der Hypospadie macht je nach Ausprägung der Fehlbildung eine komplexe Operationsstrategie unter Einsatz mikrochirurgischer Techniken notwendig.

Z.B. Freiburg

- **Alle IGM-Formen im Angebot**

Leistungsspektrum

Unser Leistungsspektrum umfasst die Therapie der gesamten Palette der kinderurologischen Krankheitsbilder nach internationalen Leitlinien und in modernster operativer Technik:

- ▶ Korrektur aller Genitalanomalien bis hin zur Blasenektrophie (Blasenspalte) und Zwitterbildungen.
Schwerpunkt: Hypospadie



Z.B. Tübingen (I)

- „Überregionales DSD-Kompetenzzentrum“
 - Alle IGM-Formen im Angebot



Geschlechtsorgane

Hodenverlagerung, Suche und Verlagerung von Bauchhoden (siehe auch Minimal invasive Chirurgie), Hypospadien und intersexuelles Genitale, Epispadien, sonstige angeborene Missbildungen des Penis, Korrektur bei AGS (Adreno-Genitales-Syndrom), Varikozelen (siehe auch Minimal invasive Chirurgie), Vorhautverengung (Phimose), komplexe anogenitale Fehlbildungen (Kloakalektrophie u.a.).

Z.B. Tübingen (2)

- „Überregionales DSD-Kompetenzzentrum“
 - Alle IGM-Formen im Angebot

Eberhard-Karls-Universität Tübingen

UNIVERSITÄTSKLINIKUM TÜBINGEN

Klinik für Urologie

Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med. A. Stenzl

Leistungsspektrum > Kindliche Rekonstruktion

Kontakt
Anfahrt
Impressum

- News
- Team
- Patienteninfo
- Studenteninfo
- Leistungsspektrum
 - Andrologie
 - Inkontinenz/Neurourologie
 - Kindliche Rekonstruktion
 - Krebsvorsorge/Früherkennung
 - Minimalinvasive Chirurgie
 - Prostatazentrum
 - Greenlightlasertherapie
 - Rekonstruktive Urologie
 - Steine
 - Uroonkologie
 - Labor für Tissue Engineering
- Forschungsschwerpunkte
- Laufende Studien
- Termine &

Hypospadie-Chirurgie:

Diese häufige Fehlbildung der männlichen Harnröhre tritt bei 1 von 300 neugeborenen Knaben auf. Eine Korrektur ist nur operativ möglich und sollte innerhalb des 2. Lebensjahres erfolgen, da zu diesem Zeitpunkt gute Voraussetzungen für eine Narkose gegeben sind, andererseits die Kinder die mit dieser Maßnahme verbundenen Belastungen wieder vergessen. Die zu kurz angelegte Harnröhre wird typischerweise je nach Ausprägungsgrad an die Penisspitze vorverlagert oder mit Vorhautanteilen oder Wangenschleimhaut verlängert.

Die Dauer des stationären Aufenthaltes liegt zwischen 1 und 4 Tagen.

Themen

- Hypospadie-Chirurgie
- Laparoskopie
- Ultraschallgestützte Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWL) bei kindlichen Harnsteinerkrankungen
- Konservative Therapie (Schwerpunkte: Enuresis/ Harninkontinenz, kindliche Harnwegsinfekte, allgemeine Sprechstunde)

A Hypospadie vor der Behandlung
B Hypospadie nach der Behandlung

A B

Z.B. Tübingen (3)

• “Live-Operationen” 2005-2011



Protest gegen Live-Verstümmelungen, Tübingen 2011

2005: "II. Symposien Rekonstruktive Urologie: Harnröhrenrekonstruktion bei Erwachsenen und Kindern"

(>>> [Programm als PDF](#))

(Organisation & Leitung: Prof. Dr. med. Arnulf Stenzl, OA Dr. med. Jörg Seibold)

• Margit Fisch, Hamburg (Altonaer Kinderkrankenhaus AKK):

Referat: "Hypospadie: Management von Komplikationen"

"Live-Operationen mit Direktübertragung in den Hörsaal: Endoskopische Strikturbehandlung, Strikturinzeision mit End-zu-End Anastomose, MAGPI, gestielter Vorhautlappen (Onlay), bulbäre Harnröhrenrekonstruktion mit Wangenschleimhaut, etc.

Operateure: Margit Fisch, Udo Nagele, Marcus Riccabona, Dorothea Rohrmann, Wolfgang Rösch, Jörg Seibold, Arnulf Stenzl, Ulrich Drews"

2009: "IV. Symposium Rekonstruktive Urologie: Geschlechtsangleichende Operation, Rekonstruktion äußerer Genitale, VUR-Korrektur" (>>> [Programm als PDF](#))

(Organisation & Leitung: Prof. Dr. med. Arnulf Stenzl, Prof. Dr. med. Karl-Dietrich Sievert, Dr. med. Jörg Seibold, Dr. med. Saladin Helmut Alloussi)

• Marcus Riccabona, Linz (Kinderurologie Barmherzige Schwestern):

"Live Operationen: Hypospadie"

• Karl-Dietrich Sievert, Tübingen (Urologische Klinik, Universitätsklinikum):

Vortrag: "Harnröhrenchirurgie: Unterschiede bei Kindern und Erwachsenen"

Z.B. Tübingen (4a)

• Ethik-Institut als Feigenblatt für IGM (I)

THEMEN DER ZEIT

Adrenogenitales Syndrom: Ethisches Dilemma einer Therapie

Dtsch Arztebl 2012; 109(48): A-2411 / B-1966 / C-1923

Aurenque, Diana; Wiesing, Urban

Die Behandlung des adrenogenitalen Syndroms sollte einzig und allein der medizinethischen Verpflichtung unterliegen, Leiden zu verhindern.

Eindeutige Erkenntnisse über Nutzen und Schaden fehlen

Eine klare ethische Bewertung der pränatalen Behandlung des AGS ist deshalb schwierig, weil eindeutige wissenschaftliche Erkenntnisse zum Nutzen und Schaden bislang fehlen.

>>> Berichte erwachsener Betroffener werden ausgeblendet

- Zur Genitalkorrektur fehlen bisher randomisierte kontrollierte Studien über die beste operative Methode und den idealen Zeitpunkt. Obwohl die kurzfristigen Ergebnisse in ästhetischer Hinsicht als gut zu bezeichnen sind, bleibt die Funktionalität der Genitalrekonstruktion im Hinblick auf das sexuelle Erleben und die Gebärfähigkeit unklar. Die Genitalkorrektur im Kindesalter wird daher in den letzten Jahren stark kritisiert. Kritiker sehen sie als eine Verletzung der Menschenrechte auf körperliche Unversehrtheit, da sie eine irreversible Genitalverstümmelung darstelle, die ohne die Einwilligung der Betroffenen vorgenommen werde.

>>> Es geht nur um OP-Zeitpunkt, keine OP gar keine (Forschungs-)Option

Z.B. Tübingen (4b)

- **Ethik-Institut als Feigenblatt für IGM (2)**

Es gilt, eine stets individuelle, wohlabgewogene und sorgfältige Entscheidung zu treffen – vor allem bei kaum unterschiedlich zu bewertenden Handlungsoptionen. Hier sollten **situative Besonderheiten** Einfluss nehmen: **Sind eine unbefangene Kindheit und Jugend bei unklarem Geschlecht bei den gegebenen Eltern möglich? Sehen die Eltern die geschlechtliche Eindeutigkeit ihres Nachwuchses als Bedingung der Möglichkeit für ein „gutes Leben“?** Insofern sind im Rahmen von akzeptablen Optionen auch die **Werthaltungen der Eltern** und deren Auswirkungen auf die Kinder jeweils im Einzelfall zu berücksichtigen.

Dr. phil. Diana Aurenque,

Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin,

Eberhard-Karls-Universität Tübingen

>>> Wenn es den Eltern wohler ist, ist IGM ethisch OK ...

>>> **Mit der gleichen Begründung müsste auch FGM legal sein!**

BW: Öffentl. Kritik Betroffener (I)

• Z.B. Ernst Bilke (* 1958) (I)



Ernst Bilke: „Immer noch wird so früh wie möglich operiert. Eltern können mit Uneindeutigkeit nicht leben, also wird gehandelt. Später operieren wäre oft möglich, es wäre auch möglich, die Entwicklung des Kindes abzuwarten. Doch die plastischen Chirurgen genießen ihr Experimentierfeld und sind stolz auf ihre Resultate. Die Argumente älterer Intersexueller werden ignoriert. Die Arbeit der Selbsthilfegruppen sei angeblich nicht hilfreich, weil sie die Eltern verunsichern. 'Bedauerliche Einzelfälle leidvoller Erfahrung', sagte man mir, 'dürfen nicht dazu führen, eine optimale Behandlung zu verhindern und das Vertrauen der Eltern in die Ärzteschaft zu erschüttern.'“

Der Baden-Württemberger Ernst Bilke weiss, wovon er spricht als Betroffener von endlosen „maskulinisierenden Korrekturoperationen“ wegen „Hypospadie“, die erst aufhörten, als er alt genug war, sich weiteren „Nachbesserungen“ erfolgreich zu verweigern – zum Bedauern seines Arztes, der „das Ergebnis gerne vervollkommnet“ hätte.

BW: Öffentl. Kritik Betroffener (2)

• Z.B. Ernst Bilke (* 1958) (2)

„Details erfuhr er erst nach dem Tode seiner Mutter. [...] Eine weitere Behandlungsreihe in Basel war umstritten, es sei ohnehin besser, die bisherige Entwicklung rückgängig zu machen, hieß es im Gutachten. Die nachträgliche »Korrektur« zum Mädchen sei billiger und mit weniger Operationen zu bewerkstelligen. So mußte Ernsts Mutter die Auslandsbehandlung selbst finanzieren.“ (96)

„Die Wut ist gut versteckt

Ernst erfuhr, daß es darum ging, normal pinkeln zu können. Aber warum so viele Operationen, das funktionierte doch schon? Daß auch Geschlechtsverkehr ermöglicht werden sollte, sagte man ihm nicht. Irgendwann wehrte er sich, wollte keine weitere Operation. Zum Bedauern seines Arztes, der »das Ergebnis gerne vervollkommnet« hätte. Fremdbestimmt. So empfand sich Ernst.“ (97)

„Als junges Mädchen war Ernst Bilkes Mutter BDM-Führerin und Flakhelferin [...]. Bei Kriegsende war sie 21. Über diesen Teil ihres Lebens konnte sie mit ihm reden. Doch immer wenn Ernst als Erwachsener versuchte, mit ihr über seine Operationen zu sprechen, landete sie beim Thema Drittes Reich. Einen sehr engen Zusammenhang muß es für sie zwischen beiden gegeben haben.“ (98 f.)

(Quelle: Ulla Fröhling: „Leben zwischen den Geschlechtern. Intersexualität – Erfahrungen in einem Tabubereich“, Berlin 2003, S. 90-105. >>> [online](#))

BW: Öffentl. Kritik Betroffener (3)

- **Z.B. Luise Weilheim (* 1965, Bayern) (I)**

„Wegen des Entartungsrisikos, so hatte man ihr gesagt, müßten ihre rudimentären Gonaden entfernt werden. Ein Satz, den viele Frauen mit XY-Chromosomen zu hören bekommen. Luise übersetzt ihn sich so: Ihre winzigen Eierstöcke könnten Krebs entwickeln. Logisch, daß sie die Gefahr gebannt sehen will, zumal sie ohnehin keine Kinder bekommen kann. Was ihre Gonaden, ihre Keimdrüsen, aber wirklich enthielten, erfuhr sie vor drei Jahren. Da hielt Luise zum ersten Mal ihre Krankenakte in den Händen. Ein Foto der kleinen Organe war auch dabei. Und die histologische Diagnose »atrophische Hoden und Nebenhoden«. Falls sie funktionsfähig waren, besaßen sie die Fähigkeit, geringe Mengen Östrogene zu entwickeln. Nach ihrer Entfernung wurden diese komplett substituiert. Mehr noch: Luise wie vielen anderen XY-Frauen wurden auch Gestagene verordnet. Üblicherweise lösen diese die monatlichen Blutungen zum Abtransport der Gebärmutterschleimhaut aus, die sich im Laufe des Zyklus aufbaut. Luise und viele andere intersexuelle Frauen haben keine Gebärmutter. Gestagene bekommen sie trotzdem. Nicht nur mir erscheint das absurd.“ (55)

(Quelle: Ulla Fröhling: „Leben zwischen den Geschlechtern. Intersexualität – Erfahrungen in einem Tabubereich“, Berlin 2003, S. 51-66. >>> [online](#))

BW: Öffentl. Kritik Betroffener (4)

- **Z.B. Luise Weilheim (* 1965, Bayern) (2)**

„»Aber was ich ganz schrecklich fand, war das Fotografiert-Werden. Man mußte in den Keller, ein Raum mit Neonlicht. Von vorne, die Arme auseinander, die Arme nach oben, dann von hinten, von der Seite ...« [...]

Für Lehrzwecke, habe der Professor gesagt. Luise konnte sich nicht wehren. Beim ersten Mal war sie 17, beim zweiten Mal 20 Jahre alt. Ob die Bilder veröffentlicht wurden, weiß sie nicht. Vor kurzem hat sie nachgefragt und eine abwehrende Antwort bekommen. So fotografiert worden zu sein, das hat sie lange beschäftigt. Luise: »Es war das erste Mal, daß ein Mann mit nackt gesehen hat. Es war das erste Mal, daß ein Mann meine Brust berührt hat. Ich weiß noch, daß das erotische Gefühle bei mir auslöste.« Sie schweigt. Dann fügt sie hinzu: »Ich wünsche mir oft, das hätte anders sein können.« (59)

(Quelle: Ulla Fröhling: „Leben zwischen den Geschlechtern. Intersexualität – Erfahrungen in einem Tabubereich“, Berlin 2003, S. 51-66. >>> [online](#))

BW: Aktionsplan “Für Akzeptanz & gleiche Rechte in Baden-Württemberg”



Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren
Baden-Württemberg

DAS MINISTERIUM

- Aufgaben & Organisation
- Personen
- Kontakt, Telefon

THEMEN

- Gesundheit
- Musterland für Gute Arbeit
- Soziale Sicherung
- Familien
- Kinder und Jugendliche
- Ältere Menschen
- Generationenpolitik
- Menschen mit Behinderung
- Chancengleichheit
- Aktionsplan "Für Akzeptanz & gleiche Rechte"
- Um...
- Ter...

Sie sind hier: [Startseite](#) > [Chancengleichheit](#) > [Aktionsplan "Für Akzeptanz & gleiche Rechte Baden-Württemberg"](#)

Aktionsplan "Für Akzeptanz & gleiche Rechte Baden-Württemberg"

 Der Koalitionsvertrag der grün-roten Landesregierung gibt vor, dass in einem landesweiten Aktionsplan „Für Akzeptanz & gleiche Rechte Baden-Württemberg“ Konzepte entwickelt werden, um Vorurteile gegenüber lesbischen, schwulen, bisexuellen, transsexuellen, transgendern, intersexuellen und queeren Menschen abzubauen und Baden-Württemberg zu einem Vorreiter für Offenheit und Vielfalt zu machen. Um die Akzeptanz sexueller Vielfalt und geschlechtlicher Identität zu erhöhen, bedarf es einer kritischen Analyse der bestehenden strukturellen Nachteile und vorurteilsmotivierten Ausgrenzungen. Homo- und Transphobie muss in allen Lebensphasen von der Kindheit über die Jugend bis zum Alter und sowohl in der vorschulischen, schulischen und außerschulischen Bildung als auch in Ausbildung und Studium, Arbeitswelt, Kultur und Sport entgegengewirkt werden. An dieser Querschnittsaufgabe werden alle Landesressorts, in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich mitarbeiten. Gemäß des Leitsatzes „Gute Politik wächst von unten“ werden die Nichtregierungsorganisationen

bisexuellen, transsexuellen, intersexuellen und transgender Menschen auch Gehör finden.

[Zum Landesportal](#)



SUCHFUNKTION

Suchbegriff [suchen](#)

[Erweiterte Suche](#) [Inhaltsübersicht](#)

Mehr zu »Aktionsplan "Für Akzeptanz & gleiche Rechte Baden-Württemberg"«

WEITERE WEBSITES

- www.netzwerk-lsbttiq.net
- [Antidiskriminierungsnetzwerk in Baden-Württemberg](#)

INFOMATERIAL UND DOWNLOADS

- [Pressemitteilung: Tage gegen...](#)

Aktionsplan berücksichtigt Intersex!

BW: Aktionsplan (2)

Netzwerk LSBTTIQ Baden-Württemberg

Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transsexuelle, Transgender, Intersexuelle und Queere Menschen

Aktuelle Seite: Home ► Mitglieder

Navigation

- Start
- Präambel
- Mitglieder**
- Bildung
- CSD
- Gesundheit & Medizin
- Gewerkschaft & Wirtschaft
- Glaube & Kirche
- Jugend
- Medien & Presse
- Politik & Partei
- Selbsthilfe
- Sport & Kultur
- Studium & Universität
- Mitglied werden
- Aktuelles
- Themengruppen

Mitglieder

Mitglied im [Netzwerk LSBTTIQ Baden-Württemberg](#) können natürliche und juristische Personen sowie nicht-rechtsfähige Personenvereinigungen mit mindestens drei Einzelmitgliedern werden ([Mitgliedschaft beantragen](#)). Juristische Personen und nicht-rechtsfähige Personenvereinigungen werden in der Mitgliederversammlung (Plenum) durch eine bevollmächtigte Vertretung vertreten.

Ordentliche Mitglieder sind juristische Personen und nicht-rechtsfähige Personenvereinigungen aus dem LSBTTIQ-Bereich in Baden-Württemberg. Ordentliche Mitglieder besitzen auf der Mitgliederversammlung (Plenum) jeweils eine Stimme. Das Stimmrecht ist an eine vorher zu benennende Person gebunden.

Im Netzwerk sind aktuell **über 60 Vereine, Gruppen und Initiativen** aus dem gesamten Land zusammengeschlossen:

Name	Stadt/Region	Gründung
AIDS-Hilfe Baden-Württemberg e.V.	Stuttgart	1987
AK QueerGrün, B90/Grüne Baden-Württemberg, Kreisverband Freiburg	Freiburg	
AK QueerGrün, B90/Grüne Baden-Württemberg, Kreisverband Mannheim	Mannheim	2010
Arbeitskreis Lesben & Schwule in ver.di	Stuttgart	1989
CSD Heilbronn-Unterland e.V.	Heilbronn	2009
CSD Karlsruhe e.V.	Karlsruhe	1999
CSD Konstanz e.V.	Konstanz	2004
CSD Rhein-Neckar e.V.	Mannheim	2009
CSD Ulm/Neu-Ulm e.V.	Ulm	2010

Keine Intersex-Gruppen vertreten – Betroffene meist überregional organisiert!

 Für Akzeptanz & gleiche Rechte	IG CSD Stuttgart e.V.	Stuttgart	2001
	Initiativgruppe Homosexualität Stuttgart e.V.	Stuttgart	1972
	Jugendnetzwerk Lambda Baden-Württemberg e.V.	Reutlingen	2000
	Initiative Intersexuelle (ITIG) e.V.	Stuttgart	1999

BW: Aktionsplan (3)

27.01.2014: Es fehlt ein bedeutendes Stück Geschichte - Zum Gedenktag an die Opfer des Nationalsozialismus



Zum Gedenktag an die Opfer des Nationalsozialismus am 27. Januar erinnert das Netzwerk LSBTTIQ Baden-Württemberg an ignorierte Lebenswege

Stuttgart, 27. Januar 2014: Vor 69 Jahren wurde das KZ Auschwitz-Birkenau befreit. Zum heutigen Gedenktag an die Opfer des Nationalsozialismus mahnt das [Netzwerk LSBTTIQ Baden-Württemberg](#) an, sich der historischen Verantwortung endlich zu stellen und die unzureichende Geschichtsaufarbeitung des Landes als Chance auf Identitäts- und Kulturgewinn zu ergreifen. Das NS-Unrechtssystem mit landesgeschichtlichen Fragen zur geschlechtlichen und sexuellen Vielfalt zu verifizieren ist bis dato schlicht unmöglich, da keine systematische Forschung vorliegt. Diese Lücke gilt es zu schließen.

Heute warten die Opfer noch immer auf **Rehabilitierung und Entschädigung**. Insgesamt wurden über 50.000 männliche Homo- und Bisexuelle im NS-Terror unter dem in der NS-Zeit verschärften §175 in Gefängnissen drangsaliert. Etwa 7.000 schwule und bisexuelle Männer wurden in den KZs ermordet. Von lesbischen oder bisexuellen Frauen ist wenig bekannt, sie wurden etwa als "Asoziale" in das KZ-System eingewiesen. Die Geschichte von Trans- und **Intersexuellen** ist noch nicht aufgeschrieben worden. **Es bleibt zu vermuten, dass sie im NS-Eutanasieprogramm getötet wurden.** Dies sind lediglich Stichpunkte.

Intersex in Pressemitteilung vertreten!

Vgl. NS-Diagnose "Intersexuelle Konstitution", medizinische Versuche und Thesen über biologische Minderwertigkeit von Zwittern, Mengeles Versuche an Hermaphroditen in Auschwitz.

BW: Aktionsplan (4)

Themengruppen und -heft

Das Themenheft des Netzwerks LSBTTIQ Baden-Württemberg ist eine **erste Zusammenstellung politischer Handlungsfelder**, in welchen das Land Baden-Württemberg aktiv werden kann, um die Lebensqualität lesbischer, schwuler, bisexueller, transsexueller, transgender, intersexueller und queerer Menschen (LSBTTIQ) im Land zu verbessern.

Erarbeitet wurde dieses Heft von über 60 Organisationen, Einrichtungen und Gruppen, die sich im Netzwerk zusammengeschlossen haben. Es gliedert sich in verschiedene **Themengruppen**:

- Arbeit
- Bildung
- Bürgerinnen- und Bürgerbeteiligung
- Community
- Familie
- Geschichte und Erinnerung
- Gesundheit, inklusive sexuell übertragbarer Krankheiten und Pflege im Alter
- Im-Migration
- Jugend
- Kultur
- Medien
- Recht
- Religionen und Kirchen
- Sicherheit/Gewalt
- Transsexualität

Intersex in Themengruppen nicht enthalten!



BW: Aktionsplan (5)

10

Themengruppe Transsexualität und Intersexualität

Kontakt

co.tti@netzwerk-lsbttiq.net

Einleitung

Diskriminierung bei Transsexualität und Intersexualität existiert in nahezu allen Bereichen des Alltags und bestimmt das Leben und Erleben vieler Betroffener zu einem leider nicht unerheblichen Teil mit. Die Ursachen dafür sind oftmals soziokulturell oder theologisch in der Gesellschaft verhaftet und somit auch mit Argumenten und rechtlichen Rahmenbedingungen nicht leicht zu beseitigen. Aus diesem Grund ist eine nachhaltige Aufklärung und Information über diese Betroffenenengruppen unerlässlich, um das Denken und Handeln der Gesellschaft positiv zu verändern.

Besonderer Handlungsbedarf besteht aus unserer Sicht vor allem in den Bereichen Arbeitsmarkt, Gesundheitswesen, Bildung und Religion. Im Folgenden eine Zusammenfassung von Handlungsfeldern sowie mögliche Ansätze zur Problemlösung, um Diskriminierungen für Transsexuelle und Intersexuelle abzubauen oder bestenfalls zu beseitigen:

Reform/Änderung des TSG

Problemstellung	Handlungsbedarf/Forderungen
Umsetzung der Vorgabe vonseiten des Bundesverfassungsgerichts bezüglich der Unvereinbarkeit von TSG (Transsexuellengesetz) und GG (Grundgesetz)	- Aktives Einwirken vonseiten der baden-württembergischen Landesregierung auf eine Umsetzung im Bund - Förderung von öffentlich wirksamen Programmen mit dem Ziel einer Verbesserung der rechtlichen



- >>> “Intersexualität” in Themenheft einfach im Titel hinten angehängt, und das war’s
>>> Auf allen 4 Seiten geht’s nie um Intersex – IGM wird nirgends angesprochen

BW: Aktionsplan (6)



- >>> Intersex auch sonst in Themenheft überall nur hinten angehängt („lesbische, schwule, bisexuelle, transsexuelle, transgender, intersexuelle und queere Menschen (LSBTTIQ)“), ohne inhaltliche Berücksichtigung
- >>> Das allereinzige Mal, wo Intersexuelle allein stehend erwähnt werden:
"Für die Realität intersexueller Menschen ist im Zeichen eines weitgehend bipolaren Modells der Geschlechtlichkeit kaum Platz."
- >>> **Es geht nirgends um körperliche Unversehrtheit!**
- >>> **Warum nicht einfach zu Informationsdefizit stehen?**

BW: Aktionsplan (7)



Online-Befragung bis 28.02.: **Intersex berücksichtigt, aber ... (I)**

>>> Intersex meistens nur hinten angehängt, ebenso im Aufbau des Fragebogens: Intersex-Betroffene müssen sich zuerst durch alle Fragen zu Identität und Orientierung durchklicken, die für sie meistens nicht relevant sind und sogar **abschreckend** wirken können

>>> Alter unter 20 wird nicht genauer erfasst, **Missbrauchsgefahr**: Eltern, die im Namen ihrer Kinder Fragebogen ausfüllen, um menschenrechtswidrige Genitaloperationen zu verharmlosen und zu rechtfertigen (vgl. Ethikrat-Unfrage)

BW: Aktionsplan (8)



Online-Befragung bis 28.02.: **Intersex berücksichtigt, aber ... (2)**

>>> Traumatische Erfahrungen von Intersexen mit kosmetischen Genitaloperationen werden gar **nicht erfasst** (im Gegensatz zu Transsexuellen und Transgender).

>>> Traumatische Erfahrungen durch Verheimlichen von Intersex-Diagnose, -Behandlungen, Zurschaustellungen sowie Schweigegebot werden gar **nicht erfasst**.

>>> **Die einzige Frage, in der es um Intersex-Genitaloperationen geht, ist schwammig und tendenziös formuliert:**

"Stimmen Sie der Aussage „zuweisende Genitaloperationen an intersexuellen Kindern sollten in jedem Fall verboten und strafrechtlich verfolgt werden“ zu?"

Diese Formulierung reflektiert nicht die eigentliche Kritik der Betroffenen, die ausschließlich **medizinisch nicht notwendige Eingriffe ohne Einwilligung der Betroffenen selbst** verbieten wollen. Der Zusatz "in jedem Fall" suggeriert weiter, es sollen auch medizinisch notwendige und/oder eingewilligte Eingriffe verboten werden. Dies kann dazu führen, dass Betroffene der vorliegenden Frage nicht voll zustimmen, obwohl sie ein Verbot wollen, wie es die Betroffenen fordern.

**Auch in BW bis allermind. in die 1970er-Jahre:
Intersex-Klitorisamputationen an Kindern**

Plastische Operationen an den Genitalien

Die operative Korrektur (s. S. 476 ff.) der vermännlichten Genitalien beim kongenitalen adrenogenitalen Syndrom des Mädchens ist aus mehreren Gründen indiziert, 1. um eine regelrechte Funktion der Vagina zu ermöglichen, 2. um die unangenehmen Klitoriserektionen zu verhindern, 3. um seelische Konflikte zu vermeiden, die den Mädchen aus dem Vorhandensein männlicher Attribute erwachsen können.

Nach Möglichkeit soll die Operation schon vor dem vierten Lebensjahr durchgeführt werden. Bei leichteren Fällen ist lediglich die Entfernung der Klitoris erforderlich. Das Organ soll dabei *exstirpiert* und nicht amputiert werden, da sich sonst lästige Erektionen des zurückgebliebenen Stumpfes einstellen können. Wie HAMPSON (1956) bei einer größeren Reihe operierter Frauen festgestellt hat, leidet die Orgasmusfähigkeit durch die Klitorisentfernung nicht. Ist das Genitale stärker vermännlicht, so muß darüberhinaus die Eröffnung des Sinus urogenitalis vorgenommen werden.

Jürgen W. Bierich, in: Overzier 1961, S. 387

Obituary

Ehlers Wye 1985:49-240

M. B. Runkle, Tübingen
H. G. Sippell, ESPE Secretary, Kiel

Jürgen R. Bierich

Jürgen R. Borch was Professor emeritus of Pediatrics, died unexpectedly on January 10th 1984 at Tübingen. Jürgen R. Borch was born on January 18th 1912 in Hanseburg, where he spent his childhood. He studied medicine at the University of Hamburg, where he completed his studies at the University of Hamburg in 1938, after a break for military service in Russia. Following the state examinations, he worked as a physician in the children's hospital of Hamburg, then at Julius Schöten and Karlheine Institute at the Department of Pediatrics, University Hospital in Hamburg-Eppendorf. Encouraged by his colleagues, he decided to continue his studies in pediatrics. Jürgen Borch developed the interest in endocrinology which was intensified by his studies in the laboratory of the endocrinologist, who was famous by his thesis on the subject of "The function of the infant's gland in childhood and puberty", a work for which he received the state doctorate in 1942. He then continued his studies in pediatrics as a post-graduate fellow with Lewin Wilkins, the founder of pediatric endocrinology, at Johns Hopkins University in Baltimore. Jürgen Borch returned to his native country in 1946 and was appointed as an assistant to the Chair of Pediatrics at the University of Tübingen, where he remained until his retirement in 1980. During his long career, Jürgen Borch spent most of his time and his passion for pediatrics, in spite of his passion for endocrinology, to which he devoted much of his time. In 1961 he was one of the founder members of the German Society of Pediatric Endocrinology and he presided the inaugural ESPE meeting in Götting. He was also an active member of the German Society of Endocrinology (DGE) and was President of the German Society of Pediatric Endocrinology (DGEPE) from 1976 to 1980. The framework of paediatrics and endocrinology accorded with his view of endocrinology as an extension of paediatrics over its life span.



With Professor Jürgen R. Betsch, German Paediatrics has lost an outstanding representative of the post-war generation and German paediatric endocrinology has lost a Founding Father. The considerable number of paediatric endocrinologists whom he has influenced and all those who start his active, committed paediatrician and scientist, will honour his memory.

344

Prof. Jürgen W. Bierich
Dir. Univ.-Kinderklinik
Tübingen bis 1989

Hier und heute: IGM in BW

Störung der Geschlechtsdifferenzierung II

Chirurgische Therapie des Intersex

Die Chirurgie soll ermöglichen, dass die äußeren Genitalien normal aussehen – entweder wie bei einem Mädchen oder wie bei einem Jungen. Die Operation ist in den allermeisten Fällen des Intersex notwendig. **mehr...**

Disorders of Sex Development und Adrenogenitales Syndrom

Ein weiterer Schwerpunkt unserer Abteilung liegt in der Behandlung von Kindern mit **DSD (Disorders of Sex Development)** und **AGS (Adrenogenitales Syndrom)**.

Hypospadie - Fehlmündungen der Harnröhre

Bei einem von 300 Jungen mündet die Harnröhre nicht in der Eichelspitze sondern am Penischaft oder am Hodensäckchen. Meist ist die Vorhaut segelartig verändert. Eine Hypospadie ist für den Jungen keine



Leistungsspektrum

Unser Leistungsspektrum umfasst die Therapie der gesamten Palette der kinderurologischen Krankheitsbilder nach internationalen Leitlinien und in modernster operativer Technik:

- Korrektur aller **Genitalanomalien** bis hin zur Blasenektrophie (Blasenspalte) und **Zwitterbildungen**. Schwerpunkt: **Hypospadie**

"Beim klassischen AGS fallen weibliche Neugeborene bei der Geburt durch die Virilisierung des äußeren Genitale auf. Das klinische Spektrum dieses Pseudohermaphroditismus femininus (Einteilung nach Prader in fünf Stadien) reicht von Klitorishypertrophie bis zur kompletten Virilisierung mit penisartig vergrößerter Klitoris." (S. 32)



Von der Universitäts-Kinderklinik Ulm wird Leriche als als "Intersex-Referenz-Chirurgin in Deutschland" angepriesen (>>> PDF, S. 1). 2012 brüstete sich Dr. Leriche in einem Vortrag vor operationsinteressierten Eltern, bisher schon "500 AGS-Mädchen operiert" zu haben, sowie "170 andere Kinder". 2013 waren's dann schon 600 laut "4th I-DSD Symposium" in Glasgow (>>> Proceedingsband, S. 24-25): "Operationen an über 600 Kindern mit AGS, darunter



BW-Aktionsplan (Fazit)

‘I’ anhängen allein genügt nicht!

Was es konkret braucht:

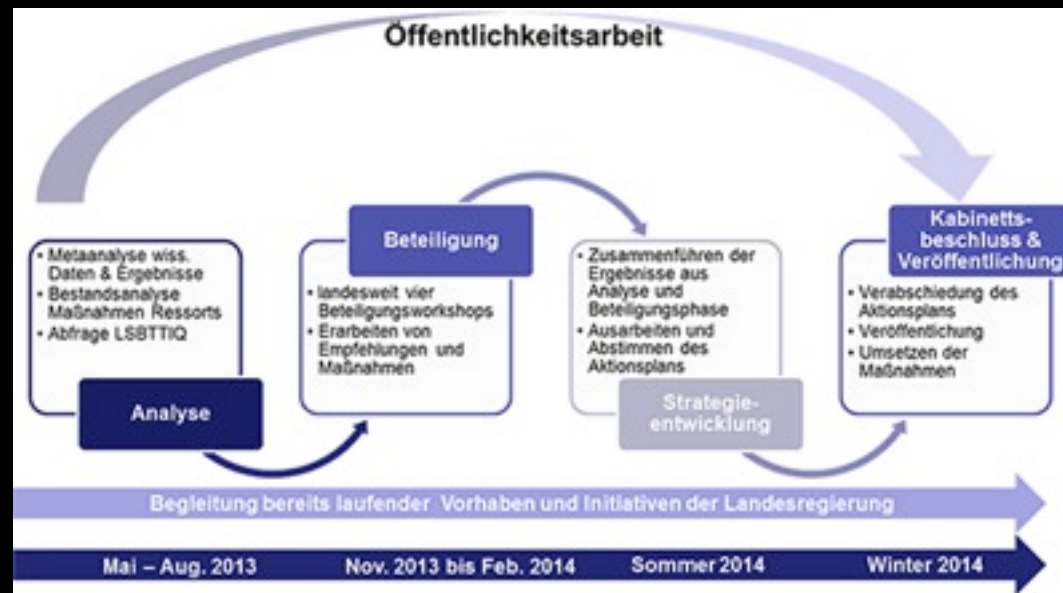
- **Förderung Selbsthilfe** (bereits vorgesehen)

- **IGM-Monitoring !**

für *alle* IGM-Formen inkl. Pränatal“therapien” und selektive (Spät-)Abtreibungen:

Datenerfassung (inkl. Kosten),

**Offenlegung, kontinuierliches Monitoring,
historische Aufarbeitung!**





Danke!