Leonie Frauenfelder
Andrina Imhof

Traumatisiert durch Intersex-Genitalverstümmelung?

Einordnung von geschlechtszuweisenden Eingriffen an Kindern mit Variationen der Geschlechtsentwicklung ohne medizinische Notwendigkeit in die Psychotraumatologie

Bachelor-Thesis zum Erwerb des
Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Abstract

In der vorliegenden Bachelor-Thesis bearbeiten wir die folgende Fragestellung:
Welche Schlussfolgerungen können aus der Psychotraumatologie gezogen werden für die Betroffenen von "geschlechtszuweisenden Eingriffen an Kindern mit Variationen der Geschlechtsentwicklung ohne medizinische Notwendigkeit" (GEKO)?
Zur Beantwortung dieser Frage setzen wir uns mit interdisziplinärem Grundlagenwissen über GEKO als Literaturarbeit auseinander. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Analyse des medizinischen Diskurses und den politischen Haltungen zu den potenziellen Menschenrechtsverletzungen. Dabei fokussieren wir den deutschsprachigen Raum, aber nehmen auch eine globale Perspektive ein. Abschliessend stellen wir in diesem ersten Theorieteil ein Fallbeispiel und Behandlungserfahrungen vor, um die Perspektive betroffener Personen einfliessen zu lassen.
In einem weiteren theoretischen Teil legen wir relevante Grundlagen der Psychotraumatologie dar für die potenziell traumatische Situation GEKO. Wir legen die Entwicklung dieses Gebietes der Psychologie dar und betrachten dabei auch die Zukunftsaussichten. Wir berücksichtigen unterschiedliche Formen und Verständnisse von Traumata.
Der Kernteil unserer Arbeit verfolgt das Ziel, GEKO als potenziell traumatische Situation einzuordnen. Damit wollen wir die Relevanz der Erforschung dieses spezifischen Ereignisses und seinen möglichen Auswirkungen aufzuzeigen. Wir betrachten Entwicklungssequenzen von Kindern, aus welchen wir altersspezifische Herausforderungen für GEKO-Betroffene ableiten. Dies ist wichtig, da Traumata als multifaktorielle Prozesse beurteilt werden sollen. Wir versuchen das sequenzielle Traumakonzept von Keilson anzuwenden. Aufgrund der mangelnden empirischen Datengrundlage zu GEKO ist dieser Versuch gescheitert. Weiter stellen wir Schutz- und Risikofaktoren vor, welche sich auf den potenziell traumatischen Prozess auswirken können und Anhaltspunkte auf wichtige zu erschliessende Ressourcen liefern, wie beispielsweise eine sichere Bindung.
Im letzten Teil der Arbeit wenden wir uns den Implikationen für die Praxis und dem Bedarf an trans- und interdisziplinärer Zusammenarbeit zu. Den Fokus legen wir dabei auf die kritische Soziale Arbeit. Dazu leiten wir aus dem Professionsverständnis die Aufgaben der Sozialen Arbeit zur Prävention von GEKO und allfälligen daraus resultierenden Traumata ab. Die Einführung weiterer Personenstandsregister-Einträge neben männlich und weiblich ist ein Beispiel dazu. Als Menschenrechtsprofession ist die Soziale Arbeit dazu verpflichtet, den vorliegenden Vorwürfen der sogenannten "Intersex-Genitalverstümmelung" nachzugehen.

Traumatisiert durch Intersex-Genitalverstümmelung?

Einordnung von geschlechtszuweisenden Eingriffen an Kindern mit Variationen der Geschlechtsentwicklung ohne medizinische Notwendigkeit in die Psychotraumatologie

Bachelor-Thesis zum Erwerb des
Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Leonie Frauenfelder
Andrina Imhof

Bern, Dezember 2022

Gutachter: Prof. Dr. Matthias Riedel

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Personen bedanken, welche uns bei der Erarbeitung dieser Bachelor-Thesis unterstützt haben.

Ein besonderer Dank gilt Prof. Dr. habil. Katinka Schweizer, dass sie sich die Zeit für ein Hintergrundgespräch mit uns genommen hat. Wir durften aufgrund ihrer langjährigen Forschungs- und Praxiserfahrung unter anderem zur Thematik Intergeschlechtlichkeit von viel Wissen und spannend Inputs profitieren. Weiter möchten wir uns bei Charlotte Wunn, der ersten Vorsitzenden des Vereins «Intergeschlechtliche Menschen e.V.» sowie dem «Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich» (VIMÖ), für die fachliche Korrespondenz bedanken. Ausserdem danken wir allen Teilnehmenden des interdisziplinären Forschungskolloquiums des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf für den Austausch und das Interesse an unserer Bachelor-Thesis.

Für die kompetente und hilfsbereite Begleitung bei der Erarbeitung der Bachelor-Thesis bedanken wir uns bei Prof. Dr. Matthias Riedel.

Abschliessend danken wir allen Beteiligten, welche uns in der Endphase in Form von Korrekturlesen und Layoutgestaltung unterstützt und inspiriert haben.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 1
2 Ableitung der Fragestellung 3
2.1 Aufbau der Bachelor-Thesis 4
3 Theoretischer Hintergrund von Menschen mit VdG 6
3.1 Medizinische Begriffsannäherung 6
3.2 Diagnostik 9
3.3 Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit 10
3.4 Häufigkeit und Relevanz 11
3.5 Definition von Geschlecht 12
3.6 Historische Geschlechterverständnisse 13
3.6.1 Vom Ein-Geschlecht-Modell zum Zweigeschlecht-Modell 14
3.6.2 Geschichte des Hermaphroditismus 16
3.6.3 Verwissenschaftlichung von Geschlecht 17
3.7 “Optimal Gender Policy” nach John Money 18
3.8 Vorgehen und Veränderung der Behandlungsformen 20
3.9 Politische und medizinische Haltung 23
3.9.1 Deutschland 23
3.9.2 Österreich 25
3.9.3 Schweiz 25
3.9.4 Globale Perspektive 26
3.9.5 Schlussfolgerungen politische und medizinische Haltung 27
3.10. Betroffenenberichte über die Behandlungszufriedenheit 28
3.10.1 Physische und psychische Folgen von GEKO 28
3.10.2 Praxisbeispiel: Betroffene Person Christian 29
3.10.3 Behandlungszufriedenheit Hamburger Intersex Studie 31
3.10.4 Herausforderungen des Bezugssystems 36
3.10.5 Verbesserungsvorschläge Betroffener 38
4 Psychotraumatologie 39
4.1 Die Entwicklung der Psychotraumatologie 40
4.1.1 Die Geschichte der Psychotraumatologie 40
4.1.2 Die zeitgenössische Organisation der Psychotraumatologie 43
4.1.3 Zukunft der Psychotraumatologie 43
4.2 Allgemeine Psychotraumatologie 46
4.3 Differenzielle Psychotraumatologie 48
4.3.1 Traumaformen 48
4.3.2 Psychosoziales Traumaverständnis 51

4.3.3 Symptome von Traumafolgestörungen 52
4.4 Kindheitstraumata 53
4.4.1 Bindung und Kindheitstrauma 57
4.5 Lebensbedrohliche Erkrankung als traumatische Situation 58
4.6 Frühkindliche Erkrankungen 59
4.7 Diskus zum Traumagedächtnis und Scheinerinnerungen 60
4.7.1 Ätiologie von traumabedingten Gedächtnisstörungen 61
4.7.2 Ätiologie von Scheinerinnerungen 62
4.7.3 Aussagenpsychologische Glaubhaftigkeitsbeurteilungen 64
4.7.4 Fazit zum Traumagedächtnis 67
5 Implikationen der Psychotraumatologie für GEKO 69
5.1 Relevanz der speziellen GEKO-Traumatologie 70
5.2 Altersspezifische Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben 72
5.2.1 Pränatale und postnatale Phase 73
5.2.2 Frühe Kindheit 74
5.2.3 Kindheit 76
5.2.4 Pubertät 77
5.2.5 Frühes Erwachsenenalter 80
5.2.6 Überblick der altersspezifischen Entwicklungsaufgaben und Herausforderungen 81
5.3 Das sequenzielle Traumakonzept für GEKO-Betroffene 84
5.3.1 Anwendung GEKO auf Keilsons Konzept 84
5.3.2 Erweitertes sequenzielles Traumakonzept 85
5.4 Relevante Faktoren für die Entwicklung nach GEKO 86
5.4.1 Trauma-bezogene Situationsfaktoren und korrektive Faktoren 87
5.4.2 Protektive Faktoren der Psychotraumatologie 94
5.4.3 Weitere relevante Faktoren 97
5.4.4 Fazit zu den aufgeführten Faktoren 100
6 Institutionelle Zusammenhänge und die Rolle der Medien 102
6.1. Aktuelle institutionelle Versorgungsstruktur 102
6.1.1 Verbesserungspotenziale in der psychosozialen Versorgungsstruktur 103
6.1.2 Verbesserungspotenziale innerhalb der medizinischen Versorgung 105
6.1.3 Bezüge zur kritischen Sozialen Arbeit 106
6.2 Rolle der Medien 108
6.2.1 Chancen 109
6.2.2 Risiken 109
6.2.3 Ambivalente Medienpotenziale 112
6.2.4 Fazit zur Rolle der Medien 112
7 Fazit 113

7.1 Persönliches politisches Fazit 115
7.2 Ausblick 116
8 Literaturverzeichnis 121
9 Abkürzungsverzeichnisverzeichnis 135

Abbildungen

Titelblatt entnommen von https://www.psychologie-aktuell.com ..... **Cover**
Abbildung 1 Altersspezifische Herausforderungen von GEKO-Betroffenen **83**

Tabellen

Tabelle 1 Häufigste Diagnoseformen von VdG..... **7**
Tabelle 2 Negative Behandlungserfahrungen - Hamburger Intersex Studie **33**
Tabelle 3 Gewünschte Aspekte für einen besseren Umgang mit negativen Erfahrungen - Hamburger Intersex-Studie.....**34**
Tabelle 4 Empfehlungen zu Behandlungsmassnahmen - Hamburger Intersex-Studie ..**35**
Tabelle 5 Wichtigste trauma-bezogene Situationsfaktoren.....**88**
Tabelle 6 Wichtigste protektive Faktoren.....**94**
Tabelle 7 Relevante Faktoren (nicht aus der psychotraumatologischen Literatur).....**98**

1 Einleitung

Durch unser Interesse am Thema der weiblichen Genitalverstümmelung, stiessen wir erstmals auf die geschlechtszuweisenden Eingriffe an Kindern mit “Variationen der Geschlechtsentwicklung” (VdG; siehe Abkürzungsverzeichnis). VdG lassen sich nicht eindeutig weiblichen oder männlichen Geschlechtsmerkmalen zuordnen (Richter-Appelt & Schweizer, 2010, S. 36). Es gibt Menschen, die in diesem Zusammenhang von “Intersex-Genitalverstümmelung” sprechen (Bauer & Truffer, 2019). Diese Aussage lässt vermuten, dass medizinische Eingriffe an Kindern mit VdG mit einer Menschenrechtsverletzung einhergehen können. Das hat uns motiviert im Rahmen dieser Bachelor-Thesis, diese soziale Problemlage genauer zu betrachten. Da wir mögliche Missstände aufdecken wollen, um sie an die Öffentlichkeit zu tragen.
Wichtig für das Verständnis dieser Thematik ist, dass einige Eingriffe an Kindern mit VdG medizinisch notwendig sind und andere kosmetische oder Geschlechts normierende Motive verfolgen. Nur die Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit werden in dieser Bachelor-Thesis behandelt. Die «Vereinten Nationen» (UN; siehe Abkürzungsverzeichnis) erlassen an alle Mitgliedstaaten die Forderung, diese Eingriffe an Kindern zu verbieten und zu bestrafen, bis das Kind seine informierte Einwilligung abgeben kann (United Nations, 2019, S. 7). Solche Eingriffe werden in der Schweiz offenbar noch immer praktiziert, trotz zahlreichen Betroffenen, die versuchen gegen diese Praktik vorzugehen. Denn sie sind unzufrieden mit der sogenannten “Behandlung” ihrer “Störung der sexuellen Entwicklung” (Brinkmann, Schweizer & Richter-Appelt, 2007, S. 242). Die Schweiz hat bislang kein wirksames Gesetz gegen medizinisch nicht notwendige, geschlechtszuweisende Eingriffe an Kindern mit VdG (Bundesrat & Bundesamt für Gesundheit, 2016). So erhärtet sich unsere Vermutung, dass geschlechtszuweisende Operationen an Kindern mit VdG noch immer stadtfinden in der Schweiz, obwohl sie von der UN als menschenrechtsverletzend eingestuft werden. Dies verstärkt unser Interesse für die kosmetischen Eingriffe und ihre Auswirkungen.
Die «International Society of Sexual Medicine» definiert VdG respektive «Intersexualität» als “Störung der sexuellen Entwicklung” und pathologisiert Menschen mit VdG dadurch (n.d.). Zehnder kritisiert die Pathologisierung von Menschen mit VdG ebenfalls. Sie hebt einerseits hervor, dass im medizinischen Kontext der Begriff «Intersexualität» als Krankheit oder abweichend von der Norm der Geschlechter verstanden werde und somit operative Eingriffe an Kindern mit VdG als notwendig erachtet werden. Andererseits sei noch zu wenig Wissen vorhanden und die Anzahl empirischer Studien über VdG, besonders im deutschsprachigen Raum, sei generell rar. (2010, S. 40-41) Die Studien seien vorwiegend medizinisch und nur wenige psychologische oder sozialwissenschaftliche Artikel zum Thema seien vorhanden (S. 21).

Die Psychotraumatologie untersucht seelische Verletzungen, welche Menschen seit jeher beschäftigen (Fischer & Riedesser, 2020, S. 33). Die systematische und wissenschaftliche Erforschung von potenziell traumatischen Erfahrungen stehe allerdings noch in ihren Anfängen und werde sich vielleicht zu einer eigenständigen Disziplin entwickeln (S. 412 ff.). Aus diesem Bedarf an vertiefter Forschung entwickelt sich das Interesse für dieses Teilgebiet der Psychologie mit grosser Relevanz für die Soziale Arbeit. Für die geschlechtszuweisenden Eingriffe an Kindern mit VdG gibt es bisher keine eigenständige Richtung der Speziellen Psychotraumatologie und kaum Literatur, die diese potenziell traumatische Situation spezifisch betrachtet. Wir vermuten, dass die Psychotraumatologie relevantes Wissen zu den Folgen von geschlechtszuweisenden Eingriffen an Kindern mit VdG bereithält, welches im Rahmen dieser Arbeit erschlossen werden kann.
Eine neue Richtung der Psychotraumatologie spezifisch für die Eingriffe an Kindern mit VdG wäre unseres Erachtens wünschenswert. Da eine fundierte Erforschung Druck auf die Politik ausüben könnte, um Kindern mit VdG vor unerwünschten Eingriffen zu schützen. Zu diesem Fernziel möchten wir einen Beitrag leisten mit dieser Bachelor-Thesis. Ausserdem können Fachkräfte der Sozialen Arbeit in zahlreichen Handlungsfeldern konfrontiert werden mit Menschen, die betroffen sind von solchen Eingriffen oder deren Bezugssystem. Die Soziale Arbeit ist unseres Erachtens dazu verpflichtet, Betroffene zu unterstützen und Menschenrechtsverletzungen entgegenzuwirken. Das Recht auf körperliche Integrität aller Kinder, ungeachtet ihres Geschlechts, ist zu schützen. Diese Forderungen entsprechen dem Berufskodex von AvenirSocial (2010, S. 10; S.14).

Unsere Bachelor-Thesis ist eine theoretisch-konzeptionelle Literaturarbeit. Die Idee, sich der Fragestellung empirisch anzunähern, wurde aus vielerlei ethischen Gründen verworfen. Wir führen ein Hintergrundgespräch mit Katinka Schweizer von der Medical School Hamburg, die als Expertin für VdG gilt (Medical School Hamburg, n.d.). Ihre langjährige Forschungs- und Praxiserfahrung bietet uns die Möglichkeit, durch die Literaturrecherche unbeantwortete Fragen zu klären.

2 Ableitung der Fragestellung

In diesem Kapitel stellen wir der Leserschaft unsere Fragestellung vor. Wir führen relevante Begrifflichkeiten näher aus und leiten die Fragestellung ab. Damit die Leserschaft einen Gesamtüberblick über die Thematik erhält. Abschliessend fassen wir den Aufbau unserer Bachelor-Thesis zusammen.

Unsere Fragestellung lautet:

Welche Schlussfolgerungen können aus der Psychotraumatologie gezogen werden für die Betroffenen von geschlechtszuweisenden Eingriffen an Kindern mit Variationen der Geschlechtsentwicklung ohne medizinische Notwendigkeit?

Die Bezeichnung «geschlechtszuweisende Eingriffe an Kindern mit Variationen der Geschlechtsentwicklung ohne medizinische Notwendigkeit» (GEKO; siehe Abkürzungsverzeichnis) scheint am geeignetsten zu sein, um Pathologisierungen und Stigmatisierungen von Betroffenen zu umgehen. Medizinisch notwendige Eingriffe an Kindern mit VdG sind nicht Gegenstand dieser Bachelor-Thesis. Einerseits liegt es nicht im Kompetenzbereich der Sozialarbeiter*innen dies zu beurteilen und anderseits gibt es Forschungslücken, welche eine Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit nahezu verunmöglichen.
Wir analysieren die Folgen von GEKO in Bezug auf allfällige Traumata der Betroffenen, an denen die sogenannte «Behandlung» durchgeführt wurden. Die Abkürzung GEKO wurde gewählt, da sie aussprechbar ist und die Lektüre möglichst angenehm machen soll. In der vorliegenden Arbeit versuchen wir das Thema auf deskriptiver Ebene zu analysieren, weshalb auf normativ untermauerte Begriffe, wie beispielsweise “Intersex-Genitalverstümmelung”, verzichtet wird.
In dieser Bachelor-Thesis vermeiden wir bewusst die Verwendung der medizinischen Begriffe «Störung der Geschlechtsentwicklung» (DSD; siehe Abkürzungsverzeichnis) sowie «Intersexualität», da sie Betroffene pathologisieren oder einen Bezug zur Sexualität implizieren. Zudem stufen viele Aktivist*innen von Selbsthilfegruppen diese Bezeichnungen als höchst problematisch ein (Zehnder, 2010, S. 21). Aufgrund dessen, dass im medizinischen Diskurs die Begrifflichkeiten «Störung der Geschlechtsentwicklung» und «Intersexualität» verwendet werden, übernehmen wir diese nur in Ausführungen zum medizinischen Kontext. Weiter weise der Begriff “Intersexualität” im Deutschen einen Bezug zur Sexualität und Erotik auf, was gemäss dem «Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich» (VIMÖ; siehe Abkürzungsverzeichnis) nicht zutreffe. Daher würden sich Betroffene wünschen, dass der Begriff «Intersexualität» vermieden wird (S. 19; VIMÖ, pers. Mitteilung, 14.10.2022). Wir bevorzugen daher in dieser Arbeit den Begriff *Variationen der Geschlechtsentwicklung*. Ausserdem werden wir in dieser Arbeit auch die Termini *intergeschlechtliche Menschen* oder *Intergeschlechtlichkeit*, welche

von den Betroffenen als (emanzipatorische) Selbstbezeichnung entwickelt wurden, übernehmen. Dies wurde uns unter anderem von der ersten Vorsitzenden des Vereins intergeschlechtliche Menschen e.V., Charlotte Wunn mitgeteilt (pers. Mitteilung, 11.10.2022; VIMÖ & Trans-InterQueer e.V., 2020, S. 7).
Wir verwenden den Begriff “Betroffene” nicht im Zusammenhang mit den VdG, ebenfalls um diese Menschen zu normalisieren. Im Zusammenhang mit den GEKO sprechen wir von Betroffenen, um der Negativität der oftmals unerwünschten Einwirkung Ausdruck zu verleihen. Den Begriff «Behandlung», welcher automatisch impliziert, dass Intergeschlechtlichkeit eine Krankheit darstellt, versuchen wir aus demselben Grund zu vermeiden.
Die durchführenden Ärzt*innen an sich und inwieweit sie durch die Eingriffe traumatisiert werden könnten, sind nicht Gegenstand dieser Arbeit. Die primären Bezugspersonen und das Familiensystem der Betroffenen sind nur indirekt Gegenstand dieser Arbeit, weil die Auswirkungen auf ein Kind nicht isoliert von seiner Familie beurteilt werden können.

2.1 Aufbau der Bachelor-Thesis

Genauere Ausführungen zu GEKO und VdG referieren wir im ersten theoretischen Teil im Kapitel 3. Dabei beleuchten wir zuerst den medizinischen Diskurs über Menschen mit VdG und stellen der Leserschaft Veränderungen hinsichtlich der Diagnostik und Behandlungsformen vor. Anschliessend thematisieren wir die historischen Geschlechterverhältnisse. Dies führt uns zur Verwissenschaftlichung der Geschlechter bis hin zur Vorstellung der «optimal Gender Policy» nach John Money (Richter-Appelt, 2007, S. 56). Weiter verweisen wir die Leserschaft auf die aktuelle politische und medizinische Haltung im deutschsprachigen Raum, mit einem kurzen globalen Exkurs. Abgeschlossen wird das Kapitel 3 mit dem Blick auf Betroffene von GEKO und deren Zufriedenheit über die erlebten medizinischen Massnahmen.

Im Kapitel 4 widmen wir uns der Psychotraumatologie, welche die Lehre von psychologischen Traumata respektive langfristig prägenden, seelischen Verletzungen darstellt (Fischer & Riedesser, 2020, S. 24). Die Definition von psychischem Trauma werden wir in diesem theoretischen Teil vorstellen. Darin werden relevante Inhalte verschiedener Teilgebiete der Psychotraumatologie sowie auch verschiedene Traumaverständnisse referiert. Zwei relevante für unsere Fragestellung relevante Gebiete der Speziellen Psychotraumatologie sind «Kindheitstrauma» und «lebensbedrohliche Erkrankung als Faktor psychischer Traumatisierung» (Fischer & Riedesser, 2020, Kap. 8 & 13).
Letztere beinhaltet auch «Störungen, die eine dauerhafte Behinderung oder Entstellung erwarten lassen» (S. 399). Ein Exkurs zu den Erinnerungen an traumatische Ereignisse schliesst das Kapitel 4 ab.

Im Kapitel 5 setzen wir den theoretischen Teil zu GEKO und VdG in Bezug zu den relevanten Wissensbeständen der Psychotraumatologie. Das Ziehen von Schlussfolgerungen meint diese Einordnung von GEKO in die Psychotraumatologie respektive die logische Zusammentragung von Wissensbeständen aus der Psychotraumatologie, welche für die potenziell traumatisierten Betroffenen von GEKO wichtig sind. Wir verstehen diese Bachelor-Thesis als vermutlich ersten Versuch, den Situationstyp (Erforschung eines spezifischen traumatischen Ereignisses (S. 284)) GEKO als ein Gebiet der Speziellen Psychotraumatologie auszuformulieren. Diese Richtung befasst sich dann mit psychischen Traumatisierungen, welche aus der potenziell traumatisierenden Situation GEKO hervorgehen können. Die situationstypische Ausformulierung der psychischen Traumata kann generell nicht nur das Verständnis für Betroffene und eine qualitativ hochwertigere Hilfe ermöglichen, sondern ist auch entscheidend für die Frage der Entschädigung für die Leidtragenden (S. 284). Wir versuchen im Kapitel 5 typische Sequenzen des Verarbeitungsrozesses von GEKO-Betroffenen auszuformulieren.
Ausserdem werden Betroffenenberichte einbezogen, um Schutz- und Risikofaktoren von GEKO-Betroffenen zu erkennen. Somit nähern wir uns der Thematik vorwiegend deduktiv an, aber induktive Schlussfolgerungen aus Erfahrungsberichten sind ebenfalls von Relevanz.

Im Kapitel 6 dieser Bachelor-Thesis analysieren wir interdisziplinäre Zusammenhänge, welche für die Begleitung von GEKO-Betroffenen relevant sind. Darin geben wir Handlungsempfehlungen für die Praxis, im spezifischen für die kritische Soziale Arbeit ab. Die Rolle der Medien und ihre Potenziale thematisieren wir ebenfalls im Kapitel 6. Abschliessend fassen wir die Ergebnisse zusammen und reflektieren Aspekte, die nicht mehr behandelt werden können im Ausblick.

Weiter verweisen wir an dieser Stelle auf das im Anhang eingefügte Abkürzungsverzeichnis, welches alle von uns verwendeten Abkürzungen alphabetisch geordnet enthält. Damit unsere Leserschaft einen verständlichen Überblick zu den Abkürzungen erhält.

3 Theoretischer Hintergrund von Menschen mit VdG

Im vorliegenden Kapitel geben wir einerseits grundlegende Erkenntnisse aus dem medizinischen Kontext zum Thema Menschen mit Variationen der Geschlechtsentwicklung und GEKO wieder. Dies betrifft insbesondere eine Begriffserklärung, die Diagnosestellung, das Geschlechterverständnis des binären Geschlechtersystems, Relevanz und Prävalenz dieser Thematik sowie einen Einblick in die operativen Massnahmen. Anderseits halten wir in diesem Kapitel einen historischen Abriss der Geschlechterverständnisse fest, mit dem Fokus auf das Verständnis von intergeschlechtlichen Menschen und deren Bewertung aus Sicht der Mehrheitsgesellschaft. Das Kapitel 3.9 stellt die Haltungsänderung im medizinischen und politischen Diskurs über Menschen mit VdG im deutschsprachigen Raum dar. Abgerundet wird die Thematik mit einer globalen Perspektive zum Thema Intergeschlechtlichkeit. Im letzten Kapitel des theoretischen Hintergrundes von Menschen mit VdG nähern wir uns der Thematik aus Sicht der Betroffenen von geschlechtszuweisenden Operationen sowie deren primären Bezugsystem an. Somit kann der Leserschaft einen Einblick in das Erleben und die Zufriedenheit der Betroffenen nach GEKO gewährt werden.

3.1 Medizinische Begriffsannäherung

Als Erstes möchten wir in diesem Kapitel das medizinische Verständnis der normtypischen Geschlechter darlegen. So kann die Leserschaft die weiteren Ausführungen dieses Kapitels, in welchen es um die Begriffsannäherung von Menschen mit VdG geht, besser verstehen.

Im medizinischen Kontext wird üblicherweise zwischen drei somatischen Bestandteilen von Geschlecht unterschieden: Das chromosomale Geschlecht (auch genetische Geschlecht), das gonadale Geschlecht und das genitale (auch phänotypische Geschlecht) (Zehnder, 2010, S. 72). Die beim Menschen am häufigsten vorkommende Anzahl Chromosomenpaare ist 23, wobei das sogenannte Gonosomenpaar zur Bestimmung des Geschlechts beiträgt. Weist ein Gonosomenpaar ein X-Chromosom und Y-Chromosom auf (46, XY) wird generell von einem Mann gesprochen. Bei einer Frau wird von einem Gonosomenpaar mit zwei X-Chromosomen ausgegangen (46, XX). Das gonadale Geschlecht beschreibt die Entwicklung der Gonaden (Hoden oder Eierstöcke). Das genitale Geschlecht bezieht sich auf die Ausprägung des inneren und äusseren Genitals. (Frei & Zulauf, 2017, S. 8)
Unter dem Begriff “Geschlecht” wird also im medizinischen Kontext die Zuordnung eines Menschen nach diesen oben genannten Kriterien innerhalb des Zweigeschlecht-Modells zu weiblich oder männlich verstanden (Zehnder, 2010, S. 72). Diese Ausführungen stellen das biologische Geschlecht im medizinischen Verständnis dar. Es kann nach unserem Verständnis nicht als abgeschlossenes Kriterium für die Zuteilung der Geschlechter betrachtet werden. Weitere Geschlechterverständnisse werden wir im Kapitel 3.5 genauer ausführen.

Bei Menschen mit VdG kann kein typisches biologisches Geschlecht von weiblich oder männlich zugeordnet werden. Mögliche Ausprägungen der Variationen sind, wenn geschlechtstypische Merkmale eines Geschlechts fehlen, stärker als normtypisch ausgeprägt sind oder Merkmale beider Geschlechter mehr oder weniger simultan bei einer Person vorkommen. Die körperlichen Merkmale wie Chromosomen, Hormone, Gonaden und innere oder äussere Genitalien entsprechen nicht vollständig ein und demselben biologischen Geschlecht. (Richter-Appelt & Schweizer, 2010, S. 36-37) Der in der Medizin häufig verwendete Begriff «Intersexualität», kann als stigmatisierendes Synonym für den von uns verwendeten Begriff «VdG» angesehen werden und bezeichnet eine Vielzahl von Diagnosen mit unterschiedlichen Ursachen, Erscheinungsbilder und Entwicklungsverläufen. Bei allen diesen Varianten ist es während der pränatalen Differenzierung des körperlichen Geschlechts zu einer untypischen Entwicklung beziehungsweise Veranlagung gekommen. Diese macht sich früher oder später bemerkbar, das heisst, entweder unmittelbar nach der Geburt, in der Zeit der Pubertät oder zu einem anderen Zeitpunkt im Lebensverlauf. Oftmals, insbesondere bei einem nicht eindeutigen Genital, wird die Intergeschlechtlichkeit unmittelbar nach der Geburt festgestellt. In anderen Fällen wird die untypische Geschlechtsentwicklung erst in der Pubertät festgestellt, beispielsweise bei einer ärztlichen Gesundheitskontrolle. (S. 36-37)

Zum besseren medizinischen Verständnis werden in der Tabelle 1 die häufigsten Erscheinungsformen von VdG festgehalten, welche bei der Geburt diagnostiziert werden, mit den drei Kategorien *Definition, Chromosomensatz* und *Phänotyp* (Erscheinungsbild). Die Zusammentragung dieser Diagnosen stützt sich auf das Werk von Zehnder «*Zwitter beim Namen nennen».* (2010, S. 75-89)

Tabelle 1

Häufigste Diagnoseformen von VdG

Androgen Syndrom	
Definition	Eine erhöhte **Androgenproduktion** (umgangssprachlich = männliche Sexualhormone) ist auf einen Enzymdefekt in der Nebennierenrinde zurückzuführen, welcher durch eine verminderte Cortisol-Produktion entsteht.
Chromosomensatz	46, XX

Phänotyp bei der Geburt	Das Aussehen der Genitalen variiert sehr stark. Es kann eine dem «Normwert» gegenüber leicht vergrösserter Klitoris bis zu einem komplett männlich aussehenden Genital vorliegen. (2010, S. 81-84)
Androgenresistenz	
Definition	Die Androgene wirken aufgrund einer Androgenrezeptorstörung gar nicht oder nur teilweise. In der Medizin gibt es ein Klassifikationssystem nach Prader, zur Bestimmung des Grades der “Vermännlichung” bei “Mädchen”: 1: Minimale Androgenresistenz 2: Partielle Androgenresistenz 3: Komplette Androgenresistenz
Chromosomensatz	46, XY
Phänotyp bei der Geburt	**Äusseres Genital:** Weiblich bis uneindeutig (vergrösserte Klitoris oder Mikropenis) **Innere Genitalien:** Männliche bis nichteindeutige Gonaden, welche meist im Bauchraum oder Leistenbereich liegen. (S. 86-89)
Geschlechtschromosomen	
Definition	Formen, bei welchen die Geschlechtschromosomen weder den Chromosomensatz 46,XX noch 46,XY aufweisen, sondern einen numerisch veränderten Chromosomensatz. Die bekanntesten Varianten sind Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom und die gemischte Gonadendysgenesie (Fehlbildung der Gonaden)
Chromosomensatz	Turner-Syndrom 45,X Klinefelter-Syndrom 47,XXY gemischte Gonadendysgenesie 45,X/ 46,XY
Phänotyp bei der Geburt	**Äusseres Genital:** Sehr variabel, variiert von komplett männlich zu komplett weiblich **Innere Genitalien:** Können das gegengeschlechtliche Gewebe von Eierstöcken oder Hoden aufweisen (S. 75-78)

Uns Autorinnen ist es an dieser Stelle nochmals wichtig darauf aufmerksam zu machen, dass diese Auflistung der Syndrome in der Tabelle 1 impliziert, dass Menschen mit VdG eine Störung aufweisen. Wir möchten uns klar von dieser Haltung distanzieren und nutzen diese Darstellung, um aufzuzeigen, welche Unterteilungen die Medizin heutzutage vornimmt und wie mannigfaltig die VdG sein können.

3.2 Diagnostik

Auch bei den Ausführungen in diesem Kapitel möchten wir darauf hinweisen, dass wir uns dessen bewusst sind, dass das Kapitel über die Diagnostik stigmatisierend für intergeschlechtliche Menschen sein kann. Da eine Diagnosestellung automatisch impliziert, dass eine Störung, Fehlfunktion des Körpers oder eine Abweichung der Norm vorliegt.
Wir haben uns für dieses Kapitel entschieden, da es zum besseren Verständnis für die Veränderung der Diagnosemöglichkeiten in der Medizin beiträgt und die Folgen, die sich daraus für intergeschlechtliche Menschen ergeben. Wir teilen die Ansicht Zehnders, dass die Mediziner*innen des 19. Jahrhunderts mehr Wissen über sexuelle Abweichungen produzieren und dadurch vorangehendes Wissen zu den Geschlechtsunterschieden in den Hintergrund rückt (2010, S. 123). Zum anderen zeigt dieses Kapitel auf, dass im medizinischen Diskurs die Thematik Intergeschlechtlichkeit als hoch komplex eingestuft werde und die Medizin daher einfachheitshalber noch starr am Zweigeschlecht-Modell festhalten würde (S. 135).

Wie bereits erwähnt, können VdG einerseits bereits im Kindesalter, beziehungsweise nach der Geburt diagnostiziert werden. Andererseits aufgrund eines unauffälligen Phänotyps bei der Geburt wird die VdG erst in der Pubertät festgestellt, beispielsweise häufig bei einer ärztlichen Gesundheitskontrolle wegen dem Ausbleiben der Menstruation. Für eine Basisdiagnostik bei jungen Erwachsenen werden unter anderem Befragungen bezüglich Erbkrankheiten sowie über die Einnahme androgen wirksamer Medikamente während der Schwangerschaft der Mutter (dies bei Mädchen mit uneindeutigen primären Geschlechtsorganen) durchgeführt (Malliou-Becher, Vogt, Capp & Frank-Herrmann, 2021, S. 5). Da die Einnahme, beispielsweise von androgenen Substanzen wie Steroid, während der Schwangerschaft eine Virilisierung, ergo Vermännlichung des weiblichen Genitals, herbeiführen kann (Richter-Appelt, 2007, S. 54). Beim Gegenteil, also einer Unterversorgung des Fötus mit Testosteron während der Schwangerschaft oder aufgrund einer Androgenresistenz, könne sich ein “Mikropenis” entwickeln (Zender, 2010, S. 87-88).
Die beiden Beispiele zeigen die Tatsache auf, dass genetische und äussere Umwelteinflüsse Auswirkungen auf die Entstehung von VdG im Mutterleib haben können. Spannend ist an dieser Stelle anzufügen, dass Richter-Appelt bei Menschen mit erhöhter Androgenproduktion keinen direkten Zusammenhang zwischen dem Ausmass der Beeinflussung durch Androgene

während der Schwangerschaft und dem Erleben einer Geschlechtsdysphorie (körperliches Merkmal stimmt nicht mit dem zugewiesenen Geschlecht überein) sehe (2007, S. 54).
Schweizer und Stern bestätigen, dass die heutige Diagnostik ermögliche, bereits vor der Geburt die VdG festzustellen, woraus Schwangerschaftsabbrüche resultieren können (pers. Mitteilung, 03.11.2022; Stern, 2009, S. 62). Wie die Prävalenz möglicher Schwangerschaftsabbrüche in diesem Zusammenhang in Deutschland ist, sei noch ungenügend erforscht. Somit könnte keine gültige Aussage getroffen werden, wie viele Eltern bereits vor der Geburt über die Intergeschlechtlichkeit ihres Kindes informiert sind. (Schweizer, pers. Mitteilung, 03.11.2022)

Wichtig scheint uns anzumerken, dass durch die grosse Bandbreite von VdG und die dadurch meist unsichere Diagnosestellung über die langfristige Entwicklung der Kinder, der Umgang bei einer Behandlung sehr unterschiedlich ausfalle. Diese Tatsache habe zur Folge, dass Kinder mit VdG im Lebensverlauf mehrere unterschiedliche Diagnosen und Behandlungen durchlaufen können. Denn das «International Classification of Diseases 11. Auflage» (ICD-11; siehe Abkürzungsverzeichnis) gibt keine einheitliche Bewertung und Behandlungsvorgaben zum Umgang mit VdG an. (Dahlmann & Janssen-Schmidchen, 2019, S. 592) In manchen Fällen seien Menschen mit VdG durch die Erhaltung der Gebärmutter (welche teilweise schon früh durch GEKO entfernt wird) geburtsfähig und haben die Chance eine Schwangerschaft auszutragen (Schweizer, 2012, S. 321).
Weiter fehle es, gemäss Stand 2019 in Deutschland, an Kontrollmechanismen von gravierenden Eingriffen, welche beispielsweise bei einer Sterilisation zwingend wären. Dieser Punkt ist von hoher Bedeutung, da somit der Entscheid über die Form der Behandlung stark von der Beurteilung der Ärzteschaft anhängig ist, und keine Zweitmeinungen oder andere Beratungen erforderlich seien (Dahlmann & Janssen-Schmidchen 2019, S. 593).

3.3 Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit

Da wir den Fokus auf GEKO richten und wir aus der sozialarbeiterischen Perspektive nicht zwischen medizinisch notwendig und nicht notwendig beurteilen können, belassen wir die Entscheidungskompetenz beim medizinischen Fachpersonal, wann eine Behandlung indiziert ist. Jedoch möchten wir an dieser Stelle darauf hinweisen, dass die medizinische Notwendigkeit anhand der Forschungsergebnisse differenzierter zu betrachten ist als es der Fall zu sein scheint.
Beispielsweise zeigen Ergebnisse der «Hamburger Intersex Studie», dass die medizinische Notwendigkeit der chirurgischen Interventionen und deren Zeitpunkt von medizinischer als auch psychologischer Perspektive kritisch hinterfragt werden solle. Begründet wird dies damit, dass die sexuelle Funktionsfähigkeit erst im Pubertätsalter an Bedeutung gewinnt. Bis zu die-

sem Zeitpunkt bestehe keine Dringlichkeit von Geschlecht normierenden Massnahmen und somit soll aus psychologischer Sicht von medizinischen Eingriffen im frühen Kindesalter klar abgeraten werden. (Brinkmann, Schweizer & Richter-Appelt, 2007, S. 241)

Als weitere umstrittene Thematik erwähnen wir hier das Beispiel vom Krebsrisiko bei Personen mit kompletter Androgenresistenz. Diesbezüglich sind sich medizinische Fachpersonen uneinig, ob das Krebsrisiko bei Personen mit kompletter Androgenresisdenz tatsächlich so erhöht sei, dass es eine Operation rechtfertige. (Richter-Appelt, 2007, S. 58-59) Zudem geht von unterschiedlicher Autorenschaft aus der Literatur hervor, dass bei vielen Formen von VdG keine sofortige Behandlungsnotwendigkeit bestehe. (Richter-Appelt & Schweizer, 2014; Rohde & Dorn, 2007; Werlen, Shaha & Streuli 2016) Ausserdem sprechen fehlende fundierte Forschungsergebnisse über irreversible Eingriffe am Genitale und hormonproduzierendem Gewebe, gegen die Beurteilungsfähigkeit von medizinischen Fachpersonen hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit der geschlechtszuweisenden Eingriffe (Dahlmann & Janssen-Schmidchen, 2019, S. 592).

So sind wir der Ansicht, dass Forschungsbedarf besteht und für eine umfassendere Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit weitere Instanzen in einem interdisziplinären Vorgehen miteinbezogen werden sollten.

3.4 Häufigkeit und Relevanz

Generell wird davon ausgegangen, dass die Häufigkeit der verschiedenen Formen von Intergeschlechtlichkeit wegen der grossen klinischen Heterogenität, der vielfältigen Ursachen und der Betreuung durch verschiedene Fachdisziplinen, die einen geringen Austausch unter sich pflegen, nur geschätzt werden kann (Richter-Appelt & Schweizer, 2010, S. 37). Diese Aussage lässt sich deutlich bestätigen, ziehen wir einen Vergleich unterschiedlicher, wissenschaftlicher Studien zum Thema Prävalenz der VdG heran. Es zeigt sich, dass die Zahlen der Schätzungen über die Häufigkeit von VdG zwischen 0.018%-1.7% variieren (Sax, 2002; Fausto-Sterling, 1993; Brinkmann, Schweizer & Richter-Appelt, 2007, S. 235; Lusk, 2017, S. 614). Gründe, weshalb die Prävalenzangaben so unterschiedlich ausfallen, sind einerseits die unterschiedlichen Aushebungszeitpunkte der Länder, die Berücksichtigung unterschiedlicher Fälle von VdG und die Definitionsunklarheiten. Beispielsweise verwendet Lusk für die Prävalenz die Zahlen der «Weltgesundheitsorganisation» (WHO; siehe Abkürzungsverzeichnis), die von einer Prävalenz von 1-4% ausgehen (Lusk, 2017, S. 614) Berechnen wir mit der Prävalenz von VdG der WHO die Situation in der Schweiz, sind im Jahr 2021 896-3’568 Kinder der Gefahr ausgesetzt gewesen, einen geschlechtszuweisenden Eingriff zu erleben. Die Berechnung erfolgt der Einfachheit halber anhand der Anzahl Kindergeburten im Jahr 2021 die sich gemäss dem «Bundesamt für Statistik» (BFS; siehe Abkürzungsverzeichnis) auf 89’644 belaufen (BFS, n.d.).

Wir weisen darauf hin, dass unsere Berechnung die medizinisch notwendigen Eingriffe nicht subtrahieren kann, aufgrund fehlender Datengrundlage. In einem Reporterbericht wird geschätzt, dass in Deutschland pro Jahr 1’700 kosmetische Eingriffe am Geschlecht vorgenommen werden (manchmal mehrmals). Die Anzahl der effektiv von GEKO-Betroffenen scheint unbekannt zu sein. (Ehrenfeld, Rauscher & Reineke, 2019, Min. 6:50)

Obwohl sich diese Prävalenzzahlen widersprechen, zeigt sich, dass eine nicht zu vernachlässigende Anzahl von Menschen mit VdG auf die Welt kommt. Weiter können Menschen in die Gruppe fallen, bei denen Operationen getätigt werden, ohne medizinische Notwendigkeit, was auf eine soziale Problemlage hindeutet, da das Menschenrecht auf die Unversehrtheit des Körpers verletzt wird (United Nation, 2019, S. 7). Lauber-Biason, die an Genmutationen von Menschen mit VdG forscht, sagt, dass mehr als 1 von 4’500 Neugeborenen davon betroffen seien (Universität Freiburg, n.d.).

Da Intergeschlechtlichkeit einen Fluchtgrund darstellen kann, könnte die Zahl von Menschen mit VdG in der Schweiz höher ausfallen. Da Menschen im Falle von Gewalt und Diskriminierung aufgrund von Intergeschlechtlichkeit fliehen können sollten (United Nations, 2019, S. 7). Die Thematik der Häufigkeit und deren Relevanz schliessen wir mit einem letzten Beispiel ab von der Webseite «inter*-nre.de». Diese Webseite gibt an, dass die Prävalenz von intergeschlechtlichen Menschen weltweit zwischen 0.02 und 1,7 Prozent liege und dies im Vergleich der Anzahl zur Welt kommenden Zwillinge oder derjenigen von rothaarigen Menschen in Deutschland entspreche (Ruhr Universität Bochum, n.d.).

3.5 Definition von Geschlecht

Wir stellen die Differenzierung vom biologischen, sozialen und psychischen Geschlecht vor, da diese relevant für die Frage der «richtigen» Geschlechtszuweisung und der «optimalen medizinischen Behandlung» ist (Dahlmann & Janssen-Schmidchen, 2019, S. 594). Gemäss Stern sei diese Unterscheidung insbesondere in allfälligen psychotherapeutischen Begleitungen von Menschen mit VdG von Relevanz (2009, S. 40). Mehr dazu schreiben wir im Kapitel 3.7 zur «optimal Gender Policy» nach John Money.

In Abgrenzung zum biologischen Geschlecht, auf welches wir im Kapitel 3.1 eingehen, kennt der Geschlechter-Diskurs zudem ein psychisches und soziales Geschlecht. Das psychische Geschlecht wird als das *Erlebte* und *Gelebte* des Individuums definiert und unterteilt sich weiter in Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle und sexuelle Orientierung. Unter dem sozialen Geschlecht werde verstanden, was Mann und Frau abseits des Körpers unterscheidet, es sei durch kulturelle Normen bedingt und könne sich fortlaufend verändern (Frei & Zulauf, 2017, S.

9) Wir verstehen unter dem sozialen Geschlecht die kulturellen Rollenerwartungen und Stereotypen von Frauen und Männer, welche sowohl das soziale Miteinander als auch individuell psychologische Prozesse beeinflussen.

Das Geschlechterverständnis des medizinischen Kontextes sieht lediglich zwei Geschlechter vor. Zehnder kritisiert dieses Verständnis im Zusammenhang mit dem sozialen Geschlecht, da sich diese Definitionen bei vielen Autor*innen mit der Geschlechtsidentität überschneiden würde. Zehnder sei hier anderer Ansicht und grenze das soziale Geschlecht von psychischen Merkmalen ab, da sie darunter das *Tun* des Menschen im Gegensatz des *Fühlens* verstehe (2010, S. 104). Richter-Appelt weist auf die Schwierigkeit hin, dass sich intergeschlechtliche Menschen in ihrem *Geschlechtserleben* (Geschlechtsidentität und Geschlechtsrollenverhalten) unsicher sind, weil sie sich entgegen den medizinischen Erwartungen keinem Geschlecht zuordnen können, anhand des Aussehens und der Geschlechtsidentität (2007, S. 53).

3.6 Historische Geschlechterverständnisse

In diesem Kapitel betrachten wir die Geschichte der Geschlechter insbesondere das binäre Geschlechtersystem. Anschliessend zeigen wir in einem historischen Abriss das gesellschaftliche Verständnis der Intergeschlechtlichkeit von der Antike bis heute auf. Dieses Kapitel dient dazu, die Thematik der VdG im historischen Kontext und im Wandel der Geschlechterverständnisse besser einordnen zu können.

Unmittelbar nach der Geburt werde erwartet, dass ein neugeborenes Kind meist ohne Zögern einem Geschlecht zugewiesen werde. Normalerweise bestehe kein Zweifel hinsichtlich der Richtigkeit dieser Entscheidung. (Richter-Appelt & Schweizer, 2010, S. 38) Bei einem Neugeborenen mit VdG kann diese Zuteilung nicht einfach unmittelbar stattfinden. Dies kann problematisch werden, da es medizinisch betrachtet zu einer Normabweichung kommt und VdG könne indessen als pathologisch eingestuft werden (Zehnder, 2010, S. 110). Diese Zuordnungsnotwendigkeit in Verbindung mit VdG stellt für die Medizin seit längerem eine gewisse Unsicherheit dar. Besonders im Zusammenhang mit der Entwicklung der Geschlechtsidentität und dem Geschlechtsrollenverhalten wird es aus der medizinischen Perspektive als wichtig erachtet, eine klare Geschlechtszuordnung nach der Geburt eines Kindes vorzunehmen. Diese Dringlichkeit kommt nach Zehnder vom medizinischen Geschlechterverständnis der Zweigeschlechtlichkeit. Daher müsse den Menschen mit VdG geholfen werden, dass eine Entwicklung, die gegen die Norm des vorherrschenden Geschlechterverständnisses verstösst, von der Mehrheitsgesellschaft akzeptierte werde (Gregor, 2015, S. 70).

Zudem würde nach Lampalzer, Briken und Schweizer, teilweise verleugnet, dass die Geschlechtsidentität des Erwachsenenalters unmöglich vorhergesagt werden könne (2020, S. 474). Weshalb sich die Medizin stark auf das Zweigeschlecht-Modell beruft und eine enge

Verbindung zwischen einer gesunden, psychosozialen Entwicklung und einer frühzeitigen Geschlechtszuordnung sieht, lässt sich mit der «optimal Gender Policy» nach John Money erklären, auf die wir im Kapitel 3.7 genauer eingehen.

3.6.1 Vom Ein-Geschlecht-Modell zum Zweigeschlecht-Modell

Historisch betrachtet gibt es zunächst keine eindeutige Auffassung von biologischen Geschlechtsunterschieden und der Beschreibung sowie der Benennung von Sexualorganen. Von der Antike bis ins 18. Jahrhundert hat das Ein-Geschlecht-Modell die Vormachtstellung und erst danach tritt das Zweigeschlecht-Modell in den Vordergrund. Über tausend Jahre lang gilt, dass Frauen wie Männer die gleichen Genitalien besitzen. Der einzige Unterschied liegt darin, dass bei den Frauen die Genitalen innerhalb und bei dem Mann ausserhalb des Körpers liegen. (Laqueur, 1992, S. 16) Im Gegensatz dazu wird der weibliche Körper im Zweigeschlecht-Modell als die geringere und unvollkommene Version des Männlichen angesehen. Das Zweigeschlecht-Modell vertritt die These, dass ausschliesslich zwei biologische Geschlechter, also Mann und Frau, existieren würden. Hierzulande ist die Biologie die Rechtfertigungsgrundlage der gesellschaftlichen Ordnung damals sowie wohl auch heute noch (S. 19).

Vor dem 18. Jahrhundert werde die «Natur des Mannes» und die «Natur des Weibs» für die Verschiedenheiten und auch Ungleichheiten der Geschlechter herangezogen (Stern, 2009, S. 20). Die Zeit der Aufklärung mit ihren universalistischen Forderungen nach menschlicher Freiheit und Gleichheit, wirft die Frage auf, welches Geschlecht dieses Recht in Anspruch nehmen darf, wobei die Frauen benachteiligt werden (Laqueur, 1992, S. 221).

Diese Annahme des Zweigeschlecht-Modells ist bis heute noch wirksam. Der bisher in dieser Arbeit verwendete Begriff von Zweigeschlecht-Modell stellt die historische Bezeichnung und somit ein Synonym, für die heute üblichere Bezeichnung des binären Geschlechtersystems dar.

Hervorzuheben ist, dass Jean-Jacques Rousseau während der Zeit der Aufklärung bereits die Haltung hat, dass eine klare Gleichheit zwischen Frau und Mann herzustellen sei. Er beschreibt aber dennoch beide Geschlechter als unterschiedliche Wesen, die im Idealfall aber von gleichwertiger Bedeutung für die Gesellschaft sind. Der Weg dahin sei aber nicht für beide Geschlechter gleich.

Daraus leitet Rousseau zwei unterschiedliche Erziehungskonzepte für die Mädchen und Jungen ab. Interessant ist zudem, dass Rousseau einerseits im Naturzustand von Menschen anstelle von Männern und Frauen schreibt, also keine Unterschiede impliziert. In seinem Werk «Emil» hingegen werden Unterschiede beschrieben, die er mit dem Gesetz der Natur begründet. Diese beiden Aussagen widersprechen sich gegenseitig. (Rousseau, 1998, S. 385 ff.)

Maihofer vertritt die Ansicht, dass die Wissenschaft zum Ende des 18. Jahrhunderts den biologischen Geschlechterunterschied erschaffen habe und ihn nicht nur erforscht hätte (Maihofer, 1995, S. 35). Nach Maihofer ist die Vorstellung über die Bipolaritäten der Geschlechter im Zuge der Konstituierung der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft entstanden und damit geschichtlich sehr jung (S. 21). Sie ist der Meinung, dass die Sicht auf den geschlechtlichen Körper je nach Kontext variabel sei und deshalb die Genitale nicht per se schon immer richtungsweisend für einen Geschlechtsunterschied waren. Die Zuweisung von einem Organ zu einer bestimmten Geschlechtsfunktion sei aus dem gesellschaftlichen Handeln entsprungen. (S. 29)
Auch Fausto-Sterling sei der Ansicht, dass in der Biologie über eine lange Zeit eine missbräuchliche Verwendung der Geschlechtsunterschiede, die mit Übervereinfachung und Übertreibung einhergeht, praktiziert wurde. Sie weise ausserdem darauf hin, dass die Verbindung zwischen Anatomie, genauer gesagt Genitalien und Chromosomen, mit der Geschlechtsidentität weder eine natürliche noch instinktive Verbindung sei. (Lusk, 2017, S. 615)

Viele weitere feministische Theoretiker*innen widersetzen sich den Rechtfertigungen des binären Geschlechtersystems und seiner Legitimierung durch die Biologie und die Medizin. Dazu gehört auch Judith Butler. Sie ist der Ansicht, dass die sexuelle Differenz und ihre Einschreibung in den Körper diskursiv erzeugt ist und versucht den Körper und die Körperwahrnehmung neu zu denken, indem das anatomische Geschlecht durch Diskurse neutralisiert wird. Sie macht damit deutlich, dass was für Natur gehalten wird, nicht natürlich ist. Ein zentrales Ergebnis von Judith Butlers Arbeit zeigt auf, dass die Materialität des Körpers immer an seine kulturspezifischen Wahrnehmungen und Ideale gebunden ist. (Ehlert, 2012, S. 27) Im Werk “Das Unbehagen der Geschlechter” stellt Butler fest, dass ein intergeschlechtlicher Körper, einerseits die klare Trennung der Genitalien und andererseits die Entwicklung der geschlechtsbestimmenden Identität, stark erschwere (Butler, 2016, S. 149).
Gemäss diesen konstruktivistischen Ansätzen zeigt sich, dass das binäre Geschlechtersystem nicht Ausdruck einer natürlichen Differenz von Frauen und Männern ist, sondern das Ergebnis von Konstruktions- und Zuschreibungsprozessen, die immer wieder neu ausgehandelt und abgesichert werden müssen (S. 25). Auch West und Zimmermann machen mit ihrem Konzept des «Doing Gender» verständlich, dass Menschen nicht mit einem eindeutigen biologischen Geschlecht geboren werden, sondern sich ihre Zugehörigkeit zu dem einen oder anderen Geschlecht durch ihr Handeln auszeichnet (Ehlert, 2012, S. 25).
Heute sind sich die meisten soziologischen Gender- und Queer-Theorien einig, dass geschlechtliche und sexuelle Identitäten nicht „naturgegeben“ sind, sondern erst in sozialen und kulturellen Prozessen hergestellt werden und damit über die Zeit veränderbar sind.

Der Blick auf die Geschichte Geschlechter zeige, dass diese nicht von jeher als existent angesehen werden. Ausserdem sei das noch vorherrschende biologische Geschlecht zu hinterfragen, weil die biologische Geschlechtszuteilung gesellschaftlich, kulturell und historisch konstruiert sei (Stern, 2009, S. 25). Diese historischen Ausführungen zeigen auf, dass eine unreflektierte Zuordnung eines menschlichen Körpers zum weiblichen oder männlichen Geschlecht, nur aufgrund der biologischen Geschlechtsorgane, keinen natürlichen Eingriff darstellt.

Entgegen diesen konstruktivistischen Gendertheorien äussert sich Kutschera, ein Evolutionsbiologe der Universität von Stanford. Er setzt den «Geschlechterideologen» und Befürwortenden des nonbinären Geschlechtersystems entgegen, dass es nur zwei Geschlechter gebe (Junge Freiheit, 2022, Min. 4:30). Seit jeher mache die Biologie Geschlecht an Fortpflanzungsfunktionen fest, was seiner Meinung nach weiterhin gelten sollte. Dieser Irrtum von menschlichen Hermaphroditen gehe auf John Money zurück (siehe Kapitel 3.7), welcher Hermaphroditismus erstmals mit Intersexualität in Verbindung bringt (Min. 14:12). Obwohl “Hermaphroditen” in der Biologie eigentlich seit jeher als Begriff für Lebewesen verwendet wurde, welche grundsätzlich weiblich und männlich sein können in ihrer Fortpflanzung (Min. 5:08; 14:00). Wir wollen damit darauf hinweisen, dass es durchaus Kritiker*innen des nonbinären Geschlechtersystem gibt und gesamthaft interdisziplinäres Unverständnis zum Thema Geschlechter zu bestehen scheint. Wir befürworten den Ansatz der konstruktivistischen Gendertheorien und betrachten Geschlecht als veränderbare Kategorien. Verstehen aber durchaus, dass die Biologie eine andere Definition von Geschlecht verwendet, welche von unveränderlichen Fortpflanzungsfunktionen ausgeht.

3.6.2 Geschichte des Hermaphroditismus

Der Begriff «Hermaphroditismus» kommt ursprünglich aus der Antike, wo Hermaphroditos, der Sohn von Hermes und Aphrodite, auf einer Wanderung an den Quellsee der Nymphe Salmakis begegnet und sich die Nymphe in ihn verliebt. Die beiden verschmelzen zu einer “forma duplex”, deren Gestalt mehrere unterschiedliche Geschlechtsmerkmale aufweist. In der alten griechischen wie römischen Gesellschaft gehen Mythos und Realität stark auseinander. Während doppelgeschlechtliche Gottheiten Vollkommenheit und sexuelle Vereinigung symbolisieren, werden intergeschlechtliche Menschen zu dieser Zeit im antiken Griechenland als etwas betrachtet, dass Unglück und Unheil bringt und deshalb nach der Geburt ausgesetzt oder ermordet werden muss. (Gregor, 2015, S. 38)

Stern hebt in ihren Ausführungen zum Hermaphroditismus hervor, dass zu deren Geschichte nur wenig Material zugänglich sei und die Aussagen zum Teil widersprüchlich, unkonkret und unzureichend durch Quellenangaben belegt seien (2009, S. 26).

Hermaphroditismus des Menschen im Sinne von Intergeschlechtlichkeit wird im 16. Jahrhundert zum Gegenstand medizinischer Untersuchungen sowie der Naturforschung und wird als fliessender Übergang vom männlichen zum weiblichen Körper gesehen (Gregor, 2015, S. 41). In der Zeit des Mittelalters liegt die Entscheidung über die Zuteilung des Geschlechts in den Händen des Vaters oder des Paters. Meistens wird damals geraten, das Geschlecht zu wählen, dass überwiegend das Stärkere darstellt. In der Regel war es das männliche Geschlecht, da zu dieser Zeit mehr Privilegien an männliche Personen herangetragen werden. (Wacke, 1989, S. 887) Zudem wird von Foucault hervorgehoben, dass es damals für Hermaphroditen möglich sei, im Erwachsenenalter die Entscheidung zu revidieren und sich für das andere Geschlecht zu entscheiden (Foucault, 1998, S. 7). Gemäss Holzleithner gab es nie eine rechtliche Anerkennung als Hermaphrodit, aber das Preussische Allgemeine Landrecht von 1794 sieht bestimmte Regelungen vor (2002, S. 132).

Diesen Regelungen entnehmen wir, dass eine erwachsene Person ihr Geschlecht damals wechseln kann. Ihre Rechte werden anschliessend dem neuen Geschlecht entsprechend angepasst. Dies soll bis zum Lebensende gelten. Sobald aber die Rechte dritter Personen von einem Hermaphroditen tangiert werden, kann die Drittperson eine Untersuchung durch einen Sachverständiger (damals waren es nur männliche Personen) erlassen (2002, S. 132; Schäffner & Vogel, 1998, S. 227).

Dem entgegnet Laqueur, dass die Wahl des Geschlechts für Hermaphroditen nicht offen sei im Mittelalter und es keine Möglichkeit gibt von einem zum andern Geschlecht zu wechseln (Laqueur, 1992, S. 145). Andere Autor*innen belegen Laqueurs Ansichten und halten fest, dass an Hermaphroditen Hinrichtungen vollzogen wurden (Stern, 2009, S. 28). Im römischen Reich werden Hermaphroditen als “*monstra*” beschrieben und mit einer Reinigungszeremonie getötet. Nach Domurat sind solche Praktiken auch aus dem Mittelalter bekannt, und es wurde geglaubt, dass die “*Monste*r” Sendboten des Teufels und Vorbot*innen von schlechten Ereignissen wären, die deswegen vernichtet werden sollten. (Hirschauer, 1994, S. 69)

Diese beschriebenen Handlungspraktiken könnten den Beginn darstellen, dass Menschen mit VdG pathologisiert und stigmatisiert werden. Im Folgekapitel betrachten wir den Medikalisierungsprozess von Menschen mit VdG. Daher halten wir an diesem Begriff während den historischen Ausführungen oberhalb fest.

3.6.3 Verwissenschaftlichung von Geschlecht

Im 17. Jahrhundert änderten sich allmählich das Vorgehen gegenüber Hermaphroditen. Die Feststellung des Geschlechts wurde von der juristischen Instanz an die Medizin weitergegeben und die Haltung bestand darin, dass «wahre» Geschlecht könne durch die Medizin diagnostiziert werden (Stern, 2009, S. 28). Klöppel weist zudem darauf hin, dass Mediziner*innen der Aufklärungsepoche sich mehrheitlich für die Untersuchung von äusseren männlichen Ge-

schlechtsorganen interessieren. Als offensichtlich wird, dass es auch Menschen gibt ohne eindeutige Geschlechtsmerkmale, entscheidet das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Hoden über die Zuordnung des Geschlechts. (2010, S. 185-186).

Dieser sogenannte «Medikalisierungsprozess» führt so weit, dass psychische und physische geschlechtliche Eigenschaften auf die Physiologie der Gonaden zurückgeführt wurden. Dies hat zur Folge, dass je nach Ausbildung der Gonaden bei einem intergeschlechtlichen Körper eine entsprechende (psychische oder physische) Pathologisierung vorgenommen wurde. (Gregor, 2015, S. 50; Voss, 2012, S. 26-27). Fausto-Sterling beschreibt Intergeschlechtlichkeit in diesem Zusammenhang als “a kind of a natural experiment” (2000, S. 73).

Dementgegen versuchen Fachpersonen der Sexualwissenschaften die Auflösung des binären Geschlechtersystems durch zahlreiche Forschungen und Theorien während der Aufklärung zu erlangen. Mittels Skalen von Zwischenstufen der Geschlechter wollen sie eine Akzeptanz für die Vielfalt der Erscheinungsformen der Geschlechter erreichen. Die Gonaden als Geschlechtsindikatoren werden von ihnen in Frage gestellt. (Stern, 2009, S. 29; Klöppel, 2010, S. 260)

Ab den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelt sich eine neue Dynamik in der Frage der Intergeschlechtlichkeit aufgrund der operativen und hormonellen Therapiemöglichkeiten (Stern, 2009, S. 30). Allgemein herrscht im rechtlich-medizinischen Umgang mit dieser Problematik das Ziel, das binäre Geschlechtersystem durch medizinische Eingriffe aufrechtzuerhalten. Holzleitner hält fest, dass ab den 60er Jahren auch vereinzelte Eingriffe bei intakten, aber nicht eindeutigen Genitalien stattfinden (S. 30). Diese Behandlungen gehen auf den theoretischen Ansatz und die Forschungen von John Money zurück, welche wir im nächsten Kapitel aufgreifen.

Abschliessend stellen wir fest, dass eine Medikalisierung der Geschlechtszuweisung ab der Zeit der Aufklärung in Europa und ein Wissensdurst in der Medizin über die «Wahrheit» der Geschlechter zu beobachten ist.

3.7 “Optimal Gender Policy” nach John Money

Colapinto ist der Ansicht, dass John Money durch die Etablierung der Geschlechtszuweisung von intergeschlechtlichen Kindern einen wichtigen Beitrag für die medizinische Wissenschaft leistet (2000, S. 10). Moneys Theorie basiert auf der These, dass Geschlechtsidentität allein von psychosozialen Faktoren abhängig ist und eine stabile Geschlechtsidentität könne, unabhängig vom chromosomalen, gonadalen und körperlichen Geschlecht, allein durch eine entsprechende Erziehung entwickelt werden. Dabei sieht er die Geschlechtsrolle im Alter von 18 bis 24 Monaten als veränderbar an und danach als fixiert. Money ging so weit, dass er operative Massnahmen bei Säuglingen mit nicht eindeutigen Geschlechtsmerkmalen frühzeitig emp-

fahl, innert den ersten zwei Lebenswochen, um keine traumatischen Erinnerungen zu erzeugen. (Stern, 2009, S. 30)

Diese von Money erstellten Richtlinien schenken der Umwelt eine weitaus grössere Bedeutung als den biologischen Anlagen und bilden die «optimal Gender Policy», welche Folgendes festhält:

- Eine frühzeitige Zuweisung zu einem Geschlecht
- Eine operative Angleichung an ein Geschlecht möglichst in den ersten Lebensmonaten bis Jahren
- Die Geheimhaltung der Diagnose und keine Aufklärung der Betroffenen über die in der Kindheit erfolgten operativen Maßnahmen und Hormoneinnahmen

(Richter-Appelt, 2007, S. 56)

Interessanterweise erwähnen Richter-Appelt und Schweizer in der Fachzeitschrift, *Psychotherapeut* aus dem Jahr 2010 ebenfalls die «optimal Gender Policy» nach John Money. Allerdings mit dem Unterschied zu den oben aufgeführten Empfehlungen ebenfalls von Richter-Appelt, dass die Betroffenen behutsam über die in der Kindheit erfolgten operativen Massnahmen und Hormoneinnahmen aufzuklären seien (Richter-Appelt & Schweizer, 2009, S. 38). In der Literatur können keine weiteren Erklärungen gefunden werden, weshalb sich Moneys Haltung gegenüber der Geheimhaltung verändert haben soll. Offen bleibt vor dem Hintergrund der uns zur Verfügung stehenden Literatur, ob es sich um eine falsche Annahme von Richter-Appelt und Schweizer handelt oder sich Moneys Richtlinien im Laufe der Zeit verändert haben.

Die erste Behandlungsrichtlinien für den Umgang mit Kindern mit VdG werden in den 50er-Jahren von John Money erstellt und von der medizinischen Fachwelt über Jahrzehnte befolgt, in der Annahme, eine optimale Lösung für die Entscheidung der Geschlechtszuweisung gefunden zu haben. Hinzu kommt die Forderung, dass das Genital möglichst unauffällig und «normal» sein sollte, was zur Auffassung führe, dass ein auffälliges Genital auch ohne medizinische Notwendigkeit behandelt werden muss (S. 39). Dieses Behandlungsprogramm, welches auch bekannt unter der Bezeichnung «*Baltimor-Programm»* ist, hielt von Grund auf an der Orientierung und Ausbildung einer eindeutigen Geschlechtsrolle von Frau und Mann fest. Nach der Autorenschaft rund um Money, des «*Baltimor-Programmes*» sei ein Kind, welches keine eindeutige Geschlechtszuweisung erfahre, in seiner psychischen Entwicklung gefährdet. Bemerkenswert ist zudem, dass die Homosexualität in der Betrachtungsweise von gesunder psychosozialer Entwicklung in Richtung männlich oder weiblich (bewusst) ausser Acht gelassen wurde, um die Begründungen der damaligen medizinischen Behandlungsformen an Menschen mit VdG nicht ins Wanken zu bringen. (Voss, 2012, S. 12-15)

Es gilt zu sagen, dass Money lange als ausgewiesener und unumstrittener Spezialist in der Frage der Geschlechtsidentitätsentwicklung bei intergeschlechtlichen Menschen angesehen wurde, obwohl seine Ansichten sich nur auf wenige Untersuchungen von einzelnen Fällen stützen (Stern, 2009, S. 31). Seine Begründung und Rechtfertigung, um das binäre Geschlechtersystem aufrechtzuerhalten, bestand beispielsweise darin, dass körperliche Abweichungen von den medizinisch definierten Norm-Standards zu einer gestörten psychosexuellen Entwicklung führen könnten. Bis Ende der 90er-Jahre war es eine unhinterfragte Praxis, an Kindern mit VdG geschlechtszuweisende Operationen vorzunehmen.

Weiter geben Autor*innen an, dass diese Behandlungsrichtlinien als Empfehlungen noch immer von medizinischen Fachpersonen herangezogen würden (Garrels, 1998, S. 201; Schweizer & Richter-Appelt, 2012, S. 99 ff.). Erst mit der Bildung von starken Selbsthilfeorganisationen, welche sich für die Anliegen von Menschen mit VdG in medizinischer, psychologischer, rechtlicher und politischer Hinsicht einsetzen, wird der Diskurs seit Ende der 1990er-Jahre wiederbelebt.

Die erste «Intersex-Bewegung» entsteht in Nordamerika, wo sich die «Intersex Society of North America» für ein neues Behandlungsmodell stark macht und die erste rechtliche Vertretung für intergeschlechtliche Menschen darstellt. Auch im deutschsprachigen Raum entstehen zu dieser Zeit Interessensvertretungen zu diesem Thema. In Deutschland war es zuerst die «Arbeitsgruppe gegen Gewalt in der Pädiatrie und Gynäkologie», welche ein ähnliches Muster wie die erste Gruppe der USA annimmt. Die deutsche Gruppe versteht sich als radikale Kritiker*innen am binären Geschlechtersystem und entsteht aus einer politischen Bewegung heraus. (Stern, 2009, S. 34; Zehnder, 2010, S. 168-169; Voss, 2012, S. 17)

3.8 Vorgehen und Veränderung der Behandlungsformen

Zu erwähnen ist, dass sich die heutige medizinische Haltung gegenüber GEKO im Vergleich zu den 1950er-Jahren, wie sie die «optimal Gender Policy» nach Money vorsah. verändert hat. Eine einzige Operation reiche jedoch meistens nicht aus und Betroffene müssten oft mehrfach operiert werden. (Richter-Appelt, 2007, S. 58; Richter-Appelt & Schweizer, 2010, S. 38)

Heute wird im medizinischen Kontext teilweise noch der Standpunkt vertreten, geschlechtszuweisende Operationen weiterhin im Kindesalter durchzuführen, wenn sie als notwendig bewertet werden. Wenn eine Operation aufgrund der medizinischen Diagnose als nicht notwendig erachtet wird, so die verbreitete Meinung, könne mit der Operation gewartet werden, bis Menschen mit VdG selbst entscheiden können. Von einem kompletten Verzicht auf GEKO, hält sich der medizinische Diskus bislang fern (Dahlmann & Janssen-Schmidchen, 2019, S. 594). Begründet wird diese ablehnende Haltung mit mangelndem Wissen über die bestmöglichen Behandlungsmassnahmen je nach VdG (S. 593; Richter-Appelt, 2007, S. 60). Dabei hat

sich die Haltung dahin verschoben, mit den Operationen möglichst bis zu Pubertät zu warten (Schweizer, 2021a, S. 34; Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität, 2008, S. 245).
Der Endokrinologe, Pirmus Mullis, spricht sich klar gegen einen frühzeitigen medizinischen Eingriff an Kindern mit VdG aus und ist der Ansicht, dass jeder Mensch sein eigenes Leben führen muss und das Recht habe, seine eigene individuelle Sexualität und seine eigene Geschlechtsidentität zu bestimmen (WocomoDOCS, 2019, Min. 8:12).

Einerseits habe sich diese Haltung aufgrund der Zunahme an Forschung zu den VdG und dem besseren medizinischen Verständnis darüber verändert. Andererseits auch durch Verknüpfungen von Wissen aus anderen relevanten Fachrichtungen, beispielsweise aus der Psychologie, der Sexualforschung oder den Gendertheorien. Diese Erkenntnisse appellieren an den Miteinbezug von psychosozialen Versorgungsstrukturen der Betroffenengruppe bei Vor- und Nachbehandlungen (Richter-Appelt & Schweizer, 2010, S. 38; Schweizer, 2021a, S. 34-35; Deutscher Ethikrat, 2012, S. 92-93). Der Deutsche Ethikrat spricht sich für einen Ausbau von interdisziplinären Kompetenzzentren aus (2012, S. 173).
Auch wird der Aspekt von Traumatisierungen bei Vor- und Nachuntersuchungen im Kontext solcher Operationen erkannt und werde bei den Beurteilungs- und Behandlungskriterien mitberücksichtigt (Schweizer, 2021a, S. 34). Als Forschungsbeispiel ist die «Hamburger Intersex Studie» zu nennen, welche Daten über die körperliche Entwicklung und Behandlungserfahrungen von Personen mit VdG erhebt sowie zu ihrem sozialen Leben, ihren Interessen und das Erleben ihrer Sexualität. Besonders auffallend bei den Ergebnissen sind negative Erfahrungen der Betroffenen hinsichtlich der Geheimhaltung, Schamentwicklung und Verletzung der Würde in der Vergangenheit. (Richter- Appelt, 2007, S. 58) Wir kommen im Kapitel 10.3 genauer auf diese Studie zu sprechen.

Die Haltung im medizinischen Diskurs mag sich auch aufgrund des zunehmenden Drucks von Aktivist*innen aus Vereinen, Menschenrechtsorganisationen oder Selbsthilfegruppen, die mit Aufklärungsarbeiten auf das Thema aufmerksam machen, verändert haben. Dementgegen zeigt Klöppel in ihrer quantitativen Studie auf, dass die Zahlen von geschlechtszuweisenden Eingriffen im Zeitraum von 2005 bis 2014 nicht wesentlich rückläufig geworden sind (2016, S. 1). Als mögliche Erklärung sieht Klöppel, die mangelnde Umsetzung der neuen und positiv zu beurteilenden medizinische Behandlungsmassnahmen, welche aber in der Praxis keine Verpflichtung hätten und daher nur lückenhaft umgesetzt würden (S. 62).
Je nach Diagnose und Auffassung der betreuenden medizinischen Fachperson würden die Begrifflichkeiten, beziehungsweise Behandlungsnotwendigkeiten unterschiedlich interpretiert werden. Empfehlungen für eine Operation werden von medizinischen Fachpersonen ausgeführt, ohne zu berücksichtigen, dass medizinferne Menschen Mühe haben, die komplexen Zu-

sammenhänge dieser Thematik zu verstehen. Dazu kommt, dass es für das Bezugssystem von Kindern mit VdG schwierig zu fassen ist, dass ihr Kind davon «betroffen» sei. Ausserdem würden sie sich aufgrund des starken gesellschaftlichen Entscheidungsdrucks meist für eine Operation entscheiden (Creighton & Liao, 2004, S. 662). Zu wenig werde berücksichtigt, dass Bezugspersonen Zeit brauchen, die Informationen adäquat zu verarbeiten, um anschliessend fundierte Entscheidungen zu treffen. Insbesondere deshalb, da die GEKO eine lebenslange Bedeutung im späteren Leben haben werden (Dahlmann & Janssen-Schmidchen, 2019, S. 591-592).

Die Studie Klöppels weist nochmals deutlich darauf hin, dass es trotz den Veränderungen der Richtlinien und Haltungen seit den 1950er-Jahren, noch keine markante medizinische Praxisänderung gegeben hat in Deutschland (2016, S.1). Es zeigt sich auch, dass ein strikteres Vorgehen bezüglich der Umsetzung der Behandlungsrichtlinien und die Gewährleistung eines umfassenden Betreuungsgefässes für alle Betroffenen von grosser Bedeutung ist.
Eine mögliche Erklärung, weshalb sich die Situation nur marginal verändert hat, liefern folgende Ausführungen. Zehnder und Streuli heben fünf Felder des Unverständnisses zum Thema Intergeschlechtlichkeit hervor: Das *interdisziplinäre Unverständnis*, den *Streit um das Expertentum* (zwischen Betroffenen und Mediziner*innen), den *Streit um die Vertretungshoheit*, das *Unverständnis der Zielsetzung* und der *Begrifflichkeiten*.
Es gebe zu Recht verschiedene Perspektiven auf die Thematik, welche aufgrund unterschiedlicher Verwendung der Begrifflichkeiten und Sprache mitbedingt seien. Diese würden nicht selten zu Missinterpretationen führen (2012, S. 395). Medizinier*innen würden bis auf eine Ausnahme, die Gendertheorien nicht aufgreifen, während Gendertheoretiker*innen die medizinische Perspektive vernachlässigen würden (S. 397). Ein Dialog zwischen den verschiedenen Perspektiven, sei der Schlüssel zur Bewältigung der Missverständnisse (S. 398). Der Dialog sei erschwert, insbesondere zwischen Aktivist*innenggruppen und Mediziner*innen, aufgrund von vergangenen und gegenwärtigen Anklagen der Gegenseite. Beispielsweise fühlen sich GEKO-Betroffene durch die Begriffswahl der Medizin diskreditiert, daher würden sie die Medikalisierung der Intergeschlechtlichkeit radikal zurückweisen. Die medizinische Expertise ist die Basis für eine adäquate individuelle «Behandlung» (S. 410).
Wir gehen im Kapitel 6.1.3 nochmals auf einige relevante Aspekte dieser fünf Felder des Unverständnisses ein. Wir teilen die Meinung von Zehnder und Streuli, dass alle Parteien eigentlich nur das Beste wollen und eine interdisziplinäre Sprache zur Beschreibung der Intergeschlechtlichkeit eine wichtige Grundlage für den Dialog darstellt (S. 409). Abschliessend möchten wir hervorheben, dass Anklagen grundsätzlich den Dialog erschweren. Daher sind wechselseitige Perspektivenübernahmen aller beteiligten Disziplinen und Betroffener in unseren Augen wichtig.

3.9 Politische und medizinische Haltung

In diesem Kapitel werfen wir unseren Blick auf aktuelle politische Debatten zum Thema GEKO im deutschsprachigen Raum. Wir zeigen auf, welche Haltung die Medizin in dieser Debatte einnimmt und welche Unstimmigkeiten und Schwierigkeiten sich daraus für alle Beteiligten ergeben können. Anschliessend analysieren wir in einem weiteren Kapitel die globale Perspektive, was weitere Missstände beleuchtet. Abschliessend ziehen wir ein Fazit, in welchem wir Stellung zu unserer medizinischen und politischen Haltung beziehen.

3.9.1 Deutschland

In der quantitativen «Follow Up Studie» von Hoenes, Januschke und Klöppel wurde die Entwicklung der Operationshäufigkeit für geschlechtszuweisende Eingriffe an Kinder unter 10 Jahren für die Jahre 2005 bis 2014 untersucht (2019, S. 2). Die Studie ging davon aus, dass sich durch das Befolgen der sukzessive überarbeiteten medizinischen Leitlinien, die Zahlen der Eingriffe im Kindesalter allein aufgrund geschlechtsnormierend und kosmetisch motivierten Zielen rückläufig werden sollten, was nicht der Fall sei (S. 4). Daraus folgern wir, dass die Ärzteschaft zur Rechtfertigung von GEKO pathologisierende Diagnosebezeichnungen verwendet. Vermutlich um Operationen durchführen zu können, was wir als besorgniserregend einstufen (S. 61).

Die im Jahr 2016 eingeführte «deutsche medizinische, konsensbasierte Leitlinie zu VdG» (S2k Leitlinie; siehe Abkürzungsverzeichnis), welche eine angemessene ärztliche Vorgehensweise durch systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen festlege, nimmt eine klare Haltung zu GEKO ein. Die Leitlinie umfasst 37 Empfehlungen zur interdisziplinären Gesundheitsversorgung für Menschen mit VdG. Die Leitlinie fordert kein direktes Verbot der medizinischen Massnahmen an Menschen mit VdG, so sehe es auch der Deutsche Ethikrat. Die Leitlinie plädiert zudem für eine bessere psychosoziale Versorgung der Betroffenen und deren Angehörigen (Schweizer, 2021a, S. 31). Konkret fordert die Leitlinie eine Verbesserung der Aufklärungsarbeit für das ganze Bezugssystem, psychosoziale Beratung und Begleitung durch Fachpersonen pränatal sowie postnatal, die Nutzung von Peer-Beratung und Selbsthilfegruppen (S. 32).
Besonders hervorzuheben sei dabei die Förderung der Akzeptanz verschiedener, individueller Geschlechtsidentitäten. So bestehe die Aufgabe der Elternberatung darin, Eltern zu unterstützen, ihr Kind und dessen Körper sowie die nicht vorhersehbare Geschlechtsidentitätsentwicklung anzunehmen und anzuerkennen. Dies sei insbesondere wichtig, da in der Vergangenheit viele Entscheide der Ärzteschaft hinsichtlich medizinischer Eingriffe und der Geschlechtszuweisung getroffen worden seien, ohne die Bezugspersonen im Voraus richtig aufzuklären. (S. 33)

Trotz den positiven Veränderungen ist zu erwähnen, dass die Entscheidungskompetenz über die Eingriffe in der Praxis mehrheitlich noch auf der Seite der Medizin liege und die *S2k-Leitlinine* noch nicht überall umgesetzt werde. Mit anderen Worten, bedeutet dies, dass je nach Sichtweisen der involvierten medizinischen Fachpersonen die Behandlungsnotwendigkeiten und Begrifflichkeiten variieren können.

Der Gesetzesentwurf zum «Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung», welcher im März 2021 vom deutschen Bundestag angenommen wird, fordert kein allgemeines Verbot der Eingriffe. Allerdings beschliesst er, die geschlechtliche Selbstbestimmung zu schützen, indem die GEKO verboten werden und Eingriffe, um allfällige Lebensgefahr abzuwenden mit Einverständnis der Bezugspersonen erlaubt sind. (Bundesrat Deutschland, 2020, S. 1).
Aus diesem Gesetzesartikel §1631e, Abs.1-4 Behandlung von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (BGBI. I S. 1082) geht hervor, dass die Einwilligung zu einer Operation eine Genehmigung durch das Familiengericht erfordert, welche die Eltern mit einem Antrag einholen können. Dabei müssen die Eltern eine befürwortende Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission vorlegen können. Dieser Kommission sollen mindestens folgende Personen angehören: Person, welche die Kinder behandelt, mindestens einer weiteren ärztlichen Person, eine Person mit kinder- und jugendpsychologischer Qualifikation und einer Person mit ethischer Qualifikation (BGBI. I S. 1082).

Aus einem NGO-Bericht mit dem Titel «Intersexuelle Genitalverstümmelung Menschenverletzungen an Kindern mit Variationen der Reproduktionsanatomie» geht hervor, dass alle typischen Formen von sogenannten «Intersex-Genitalverstümmelungen» in Deutschland bis heute weit verbreitet seien. Es wird berichtet, dass aufgrund fehlender Sanktionen das Gesetz keine Veränderung in der Praxis bewirke. Beispielsweise zeige sich, dass die getätigten Operationen vom Staat ergo den Krankenkassen finanziert werden und jährlich etwa 1’900 unfreiwillige, nicht dringliche Eingriffe stattfinden und die praktizierenden Personen ungestraft davonkomme (Bauer & Truffer, 2019, S. 3).
Ob das neue Gesetz zum Verbot von GEKO ohne vorgesehene Sanktionen in Deutschland etwas an der medizinischen Praxis ändert, erscheint nicht nur der Autorenschaft dieser Arbeit fragwürdig (Löffler & BuzzFeed News, 2018, Min. 8:54). Weiter zeige ein Bericht der UN auf, dass ein deutsches Gericht einer Person die GEKO durchlaufen hat, Schadensersatz zusprach (United Nations, 2019, S. 36).
Anzumerken gilt, dass sich Personen seit Juli 2017 beim Personenstandsregister als *divers* eintragen lassen können (Schumann, 2021, S. 100). Zusammenfassend erkennen wir einen Paradigmenwechsel in Deutschland, weg von der «optimal Gender Policy» und hin zu den

neuen *S2k Leitlinien* im Umgang mit Kindern mit VdG. Schweizer appelliere in diesem Zusammenhang an eine ganzheitliche und partizipative Gesundheitsversorgung (2021a, S. 35).

3.9.2 Österreich

In Österreich gibt es zurzeit noch keine Gesetzesgrundlage zum Umgang mit geschlechtszuweisenden Massnahmen. Aus der Stellungnahme des «Vereins intergeschlechtlicher Menschen Österreich» (VIMÖ) geht hervor, dass seit Juni 2018 die Möglichkeit eines nonbinären Geschlechtseintrages für Menschen mit VdG besteht (VIMÖ, 2022a, S. 1). Die Tatsache, dass intergeschlechtliche Personen nur mit einem fachärztlichen Gutachten, den Geschlechtseintrag zu „inter“, „offen“, „divers“ oder „kein Eintrag / Streichung“ wechseln können, zeige die unzumutbare Situation, dass Menschen sich vorerst diagnostizieren und ihre Geschlechtsmerkmale dadurch pathologisieren lassen müssen.
Zudem geht aus dem «VIMÖ-Statement zu aktuellen medialen Diskussionen über Geschlechtervielfalt und deren (Nicht-)Anerkennung» hervor, dass die Gesellschaft zwingend eine umfassende, entpathologisierende Aufklärung zur Vielfalt von Geschlecht, körperlichen Merkmalen und Identitäten brauche, um sich vom «gewaltvollen» Zugang zu dieser Thematik verabschieden zu können (VIMÖ, 2022b, S. 3). Wir würden den gesamtgesellschaftlichen Umgang mit VdG nicht pauschal als gewaltvoll bezeichnen. Die entpathologisierende Aufklärung erachten wir ebenfalls als notwendig.

3.9.3 Schweiz

Die Leitlinie der nationalen Ethikkommission der Schweiz hält fest, dass durch GEKO das Recht auf physische und psychische Integrität sowie das Recht auf Selbstbestimmung und damit Grund- und Menschenrechte verletzt werden. Trotz dieser Leitlinie spricht sich die Kommission nicht direkt für ein Verbot von GEKO aus (Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, 2012, S. 6).
Die Schweiz hat bislang kein wirksames Gesetz zum Schutz von Kindern mit VdG und wir können davon ausgehen, dass GEKO noch immer praktiziert wird (Brinkmann, Schweizer & Richter-Appelt, 2007, S. 242). Eine weitere Quelle, die diesen Verdacht erhärtet, ist Markus Bauer, der in einer Selbsthilfegruppe für intergeschlechtliche Menschen der Schweiz mitwirkt. Er sagt, dass «Genitalverstümmelungen» in der Schweiz an der Tagesordnung seien und der Bundesrat sich weigere Zahlen zu GKO offenzulegen. Für ihn steht fest, dass GEKO weiter praktiziert werde. Daniela Truffer ist selbst von GKO betroffen und kritisiert im selben Artikel nicht nur die “Behandlung”, sondern ebenfalls die Verjährungsfristen, um juristisch gegen diese Eingriffe vorzugehen, denen sie nie zugestimmt habe. (Hauberg, 2021)

In der Schweiz wird der medizinische Begriff und die daraus folgende Diagnose «DSD» von der «Invalidenversicherung» (IV; siehe Abkürzungsverzeichnis) als versicherungsrechtliches Geburtengebrechen anerkannt (Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, 2012, S. 7). Die Rechtspraxis und die Bewilligung von Leistungen aus der IV stützen sich hier auf die medizinische Einschätzung. Diesbezüglich spricht sich die Nationale Ethikkommission dafür aus, die bisherige Altersgrenze in Art. 13. 1 IVG bei somatischen und psychosozialen oder psychiatrischen Behandlungen nach oben zu korrigieren, um verfrühte Behandlungen von Kindern mit VdG zu überdenken oder zu vermeiden (S. 16-18).
Die Ethikkommission spricht sich für eine erleichterte Änderungsmöglichkeit des Geschlechtseintrags im Personenstandregister aus, nicht aber für die Einführung einer weiteren Kategorie (S. 16). Daraus geht hervor, dass sich Menschen in der Schweiz bisher und aktuell nicht als intergeschlechtlich oder divers im Personenstandsregister eintragen lassen können. Diese Tatsache erschwert Bezugspersonen das Abwarten mit dem Entscheid einer Geschlechtszuweisung, aufgrund allfälliger Angst, ihr Kind könnte sich später nicht im binären Geschlechtersystem einordnen lassen. So können sich Bezugspersonen von der Gesellschaft und ihren Erwartungen unter Druck gesetzt fühlen, ihr Kind typisch weiblich oder männlich erziehen zu müssen.
Wir halten fest, dass die Schweiz in Sachen GEKO und Rechte intergeschlechtlicher Personen weniger weit ist als beispielsweise Österreich oder Deutschland.

3.9.4 Globale Perspektive

In diesem Abschnitt wollen wir unseren Blick ausweiten, um GEKO aus einer globalen Perspektive zu betrachten.
Obwohl sich die Europäische Union im Februar 2019 für ein Verbot von GEKO ausspricht, würden GEKO in mindestens 21 europäischen Ländern noch immer praktiziert (Europäisches Parlament, 2019). Dazu gehören unter anderem die Schweiz, Deutschland und Österreich. Zudem wird im Bericht der «European Union Agency for Fundamental Rights» (FRA; siehe Abkürzungsverzeichnis) darauf hingewiesen, dass seit Jahren Kritik bezüglich geschlechtszuweisender Operationen an Neugeborenen und Kindern vom Kommissariat für Menschenrechte der UN, vom Menschenrechtskommissariat des Europarates, von diversen nationalen Ethikkommissionen und der «LGBTQIA+-Community» (Gruppe von lesbischen, schwulen, bisexuellen, asexuellen, Trans-, Queer- und Inter-Personen Personen und alles weitere auf dem Spektrum; siehe Abkürzungsverzeichnis) geäussert wird (FRA, 2015, S. 3).
Die UN beziehen diesbezüglich Stellung in einem Programm, welches sich mit Anliegen der LGBTQIA+-Community auseinandersetzt. In der 2. Auflage des Programms werden erstmals von den UN, Rechte spezifisch für Menschen mit VdG veröffentlicht (United Nations, 2019, S. 7). Diese Rechte werden von den meisten Mitgliedstaaten bisher nicht in Gesetzestexte inte-

griert, obwohl Mitgliedstaaten der UN demnach dazu verpflichtet sind, GEKO wirksam zu verbieten und zu bestrafen. Des Weiteren wird Aus- und Weiterbildung zu VdG von medizinischem und rechtlichem Personal gefordert (S. 7). In Malta seien GEKO beispielsweise bereits seit 2015 verboten (S. 36).

Allerdings gibt es auch Beispiele von Gesetzen, die Menschen mit VdG diskriminieren, beispielsweise in Japan (Human Rights Watch, 2021). «Human Rights Watch» zeigt, dass die folgenden Richtlinien in Japan noch immer gelten. 2003 wurde beschlossen, dass Menschen ihr Geschlecht ändern können, allerdings nur wenn sie keine kleinen Kinder haben, ledig sind und sich sterilisieren lassen (Taniguchi, 2003, S. 110-113). Überraschend ist, dass die wörtliche Auslegung dieses Aktes impliziert, dass Menschen mit VdG weder für eine geschlechtszuweisende noch für eine erwünschte geschlechtsangleichende Operation in Frage kommen, da ein deutlich festgelegtes Geburtsgeschlecht ein Kriterium zum Zugang zu diesen Eingriffen darstellt (S. 109). Darin wird deutlich, dass der Akt auf transsexuelle Menschen ausgelegt ist und intergeschlechtliche Menschen darin keinerlei Rechte oder Schutz erhalten. Auch Lusk fällt dies in ihrer Forschung auf (2017, S. 617). Fragwürdig sei ausserdem, wen intergeschlechtliche Menschen heiraten sollen, wenn nur heterosexuelle Ehen erlaubt sind (S. 618).
Des Weiteren stellt sie fest, dass nur 17% der Millennials in Japan wissen, was Intergeschlechtlichkeit ist (S. 620). Diese Ausführungen zeigen auf, dass Menschen mit VdG beispielsweise in Japan mit diskriminierenden Gesetzen, aufgrund eines spezifischen Aussehens oder der Art der Geschlechtsmerkmale konfrontiert sind.
Diese Ausführungen der globalen Perspektive zeigt nochmals deutlich auf, dass die Thematik Intergeschlechtlichkeit trotz bereits erlassener Gesetzten nicht aus den Augen gelassen werden darf, da sich die Handlungspraxen kaum verbessert haben.

3.9.5 Schlussfolgerungen politische und medizinische Haltung

Die Zusammentragung der aktuellen politischen Debatten zeigt auf, dass die Thematik einerseits bereits kontrovers diskutiert wird, es aber andererseits mangels rechtskräftigen und verbindlichen Leitlinien Verbesserungen zum Schutz der Rechte von Menschen mit VdG braucht, insbesondere in der Schweiz. Es zeigt sich bereits ein Paradigmenwechsel, sich von zuvor «willkürlich» getätigten operativen Massnahmen wegzubewegen. Doch die Frage bleibt offen, inwiefern sich die Praxis dadurch im Wesentlichen zum Wohlergehen der Betroffenen ändern wird und wie stark die Grundrechte eingehalten werden.
Ein wichtiges Argument seitens der Medizin ist, dass noch keine ausreichende Datengrundlage existiert, auf die sich Mediziner*inne stützen können, um zu beurteilen, wann eine intergeschlechtliche Person einer lebensbedrohlichen Situation ausgesetzt ist und wann nicht (Dahlmann & Janssen-Schmidchen, 2019, S. 592). Aus dem Bericht von Dahlmann und

Janssen-Schmidchen geht nicht klar hervor, ob sie die Haltung gegen ein Verbot an GEKO oder gegen ein Verbot von allgemeinen kosmetischen Eingriffen einnehmen.
Unserer Ansicht nach weist dieses oben genannte Argument klar in die Richtung eines Verbotes von GEKO, da sonst die Gefahr bestehe, unnötig irreversible Eingriffe einer Person im Säuglings- oder Kindesalter zuzufügen.

Wie aus dieser Arbeit bereits hervorgeht, sprechen sich einige Autor*innen dafür aus, dass es ausreiche, mit einem operativen Eingriff bis zur Pubertät abzuwarten. Denn zu diesem Zeitpunkt ist ein Individuum in der Lage, selbst zu entscheiden, ob es einen Eingriff (sofern nicht medizinisch notwendig) haben möchte und hat die Zeit, sich zuvor von Fachpersonen beraten zu lassen, insbesondere was seine psychosoziale Entwicklung betrifft. Wir stehen hinter dieser Forderung, so wie sie seit 2021 in Deutschland rechtlich besteht. Wir möchten allerdings noch einen Schritt weiter gehen, hin zu einem Verbot von GEKO mit greifenden Sanktionen. Auch ist es eine zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit, sich gegen Menschenrechtsverletzungen einzusetzen, welche Betroffene von GEKO klar erleiden (AvenirSocial, 2010, S. 9; S. 14). Wir sprechen uns für ein global wirksames Verbot von GEKO aus und wünschen uns, dass die Medizin die offenen Fragen bezüglich der medizinischen Notwendigkeit schnellstmöglich klären kann.

3.10. Betroffenenberichte über die Behandlungszufriedenheit

In diesem Kapitel wenden wir uns in einem kurzen, allgemeinen Überblick den physischen und psychischen Folgen von GEKO zu, welche Betroffene mitunter erleiden können. Weiter eröffnen wir in diesem Kapitel in Form eines Betroffenenberichts einen Einblick in die persönlichen Erlebnisse einer betroffenen Person, um aufzuzeigen, wie die (Un-)Zufriedenheit bezüglich GEKO aussieht und welche psychosozialen Herausforderungen aus den Operationen hervorgehen. Anschliessend erläutern wir Ergebnisse der *Hamburger Intersex Studie*, über die Behandlungszufriedenheit von GEKO-Betroffenen, um den Blick auszuweiten. Wir beenden das Kapitel 3.10 mit möglichen Herausforderungen des primären Bezugssystems von Menschen mit VdG und weisen auf Forderungen der Betroffen und Verbesserungsmöglichkeiten hin.
Wir möchten hervorheben, dass wir den Begriff «Behandlung», trotz der pathologisierenden Bezeichnung in diesem Kapitel benutzen. Insbesondere auch deshalb, weil dieser Begriff in der vorgestellten Studie als auch von Christian im Betroffenenbericht verwendet wird.

3.10.1 Physische und psychische Folgen von GEKO

Zahlreiche Betroffene von GEKO und deren Angehörige fragen sich, ob sie den Eingriff wegen schlechten Erfahrungen hinsichtlich der medizinischen Behandlung im Nachhinein ablehnen würden (Westenfelder, 2011, S. 596). Diese Bedenken deuten auf die Komplexität solcher

medizinischen Eingriffe hin und weisen zudem auf die fehlende Unterstützung der Betroffenen im Sinne von psychologischer Beratung und Betreuung hin. Gemäss Westenfelder müssten 20-25% (Stand 2011) der geschlechtszuweisenden Diagnosestellungen und Therapieentscheidungen korrigiert werden. Westenfelder «beschönigt» diese Aussage aus unserer Sicht, indem er diese medizinische Fehlerquote verharmlost und sie mit ähnlichen Fehlerquoten von Herzinfarkten oder Bandscheibenvorfällen vergleicht. Dabei weist er darauf hin, dass bei diesen Fehlern die Betroffenengruppe, die Behandlung im Nachgang nicht in Frage stellen würde. Weiter sehe er durch die gemachten Fehler und daraus resultierende Erkenntnisse neue Forschungslücken, was er als Fortschritt für die Medizin bezeichnet (S. 596). Diese Rechtfertigung von Westenfelder scheint uns fragwürdig, besonders hinsichtlich der Verletzung der Menschenrechte im Falle von GEKO.
Trotzdem sehen wir ein, dass aus heutiger Sichtweise, die Fehlertoleranz bezüglich dieser Eingriffe deutlich geringer ausfällt als früher, aufgrund einer besseren Datengrundlage und Aufklärungsarbeit. Wir möchten klarstellen, dass wir an dieser Stelle nicht beabsichtigen, eine verurteilende Haltung gegenüber der Ärzteschaft einzunehmen.

Ghattas schildert verschiedene Auswirkungen für die Betroffenen von GEKO. Dazu gehören Autonomieverlust, irreversible, körperliche Verletzungen, lebenslange Hormonbehandlungen und deren Nebenwirkungen, bis hin zu schweren Traumatisierungen, um einige Beispiele zu nennen (Ghattas, 2017, S. 12). Hinzu kommt, dass diesen betroffenen Kindern oftmals die Wahrheit über die operativen Eingriffe vorenthalten werde. Damit zusammenhängend ist eine hohe Rate von Suizidversuchen, welche von «Inter*-Initiativen» auf bis zu 80% geschätzt wird (Hechler, 2015, S. 63).
Auch andere Herausforderungen für Menschen mit VdG werden von Ghattas genannt, beispielsweise die Benachteiligung im Bereich Bildung und Arbeit, die mit einem erhöhten Armutsrisiko aufgrund der körperlichen Erscheinung einhergehen würde. Wir halten fest, dass GEKO gemäss dem «Kompetenzzentrum geschlechtergerechte Kinder- und Jugendhilfe Sachsen-Anhalt e.V.» (KgKJH; siehe Abkürzungsverzeichnis) folgende Gesetzesartikel der UN-Kinderrechtskonvention missachtet: *das Diskriminierungsverbot*, *das Wohl des Kindes*, *das Recht auf Leben und Entwicklung* und das *Recht auf Beteiligung* (KgKJH, 2017, S. 3).

3.10.2 Praxisbeispiel: Betroffene Person Christian

In diesem Kapitel beziehen wir uns auf Inhalte der Sendung von Deutsche Welle (DW)-Reporter *«Intersexuell leben- das dritte Geschlecht»*, in welcher der Protagonist Christian über längere Zeit begleitet wird. Es wird der Frage nachgegangen, wie es seitens der Ärzteschaft und den Eltern dazu kam, aus ihm ein Mädchen «zu machen» (Ehrenfeld, Rauscher & Reineke, 2019). Aufgrund der uns bekannten Forschungslücke in der empirischen Datenerhebung zu

Betroffenenberichten, beziehen wir uns auf diesen nicht wissenschaftlichen Selbstbericht (Focks, 2014, S. 5; Schweizer et al., 2015, S. 8).

Wir stellen den Betroffenenbericht mit den drei von uns gewählten Themenschwerpunkten, *Diagnose-Verlauf*, *Beziehung zu den Eltern* und *Haltung zum medizinischen Eingriff* vor. Uns ist bewusst, dass dieser Reportage-Bericht mit den zugespitzten Aussagen polarisierend wirken mag. Mit diesem Beispiel möchten wir keine Kritik gegenüber der Medizin ausüben, sondern es geht uns darum, den beispielhaften Standpunkt aufzuzeigen, welchen Christian als Protagonist einnimmt.

Christian (identifiziert sich heute als Mann) wünscht sich eine Frau und eigene Kinder, was allerdings wegen seiner Operation, die Christian zu einem Mädchen «machte», nicht möglich sei. Heute bereut er das Vorgehen und macht vor allem der behandelnden Ärztin Vorwürfe. Er möchte das Gespräch mit ihr suchen. Christians Eltern machen sich Vorwürfe, gleichzeitig verteidigen sie ihre damalige Entscheidung mit der Begründung, sie seien schlecht beraten worden. (2019, Min. 2:50-4:05)

Diagnose-Verlauf

Die Ärzt*innen seien bei Christians Geburt nicht in der Lage gewesen, alle Genitalien (innenliegend und aussenliegenden) richtig zu identifizieren oder zu erkennen. Die Ärzt*innen seien nach der Geburt von Christian davon ausgegangen, dass er eine Vagina aber keine Gebärmutter habe, was so im ärztlichen Bericht festgehalten wurde. Als Antwort auf die Frage, welches Geschlecht das neugeborene Kind habe, bekamen die Eltern von der Ärzteschaft die Antwort: «Wir müssen es noch untersuchen.» (Min. 4:48) Anschliessend wurde Christian zu einem Mädchen «beschnippelt» und die Ärzteschaft versprach gegenüber den Eltern, das Kind werde so ein glückliches Mädchen werden (Min. 5:58).

Später im Alter von 13 Jahren sei bei Christian festgestellt worden, dass es sich bei der mutmasslichen Vagina um die Prostata handle. Christians Leben stünde zu einem bestimmten Zeitpunkt auf der Kippe, da die Ärzteschaft bei Christian die Vagina bougieren (ausweiten) wollten. Doch die Eltern hätten diesem Eingriff nicht zugestimmt, womöglich wäre Christian daran gestorben. Erst im Alter von 14 Jahren erfährt Christian durch seine Eltern, dass er mit VdG zur Welt gekommen sei und entschieden wurde, ihn als Mädchen zu erziehen. Drei Monate später, nachdem Christian über seine Vergangenheit aufgeklärt worden sei und erfuhr, dass er keine Vagina besitzt, liess er sich die innenliegenden Hoden entfernen, damit er sich mehr als ein Mädchen fühlen könne (Min. 9:07).

Beziehung zu den Eltern

Als Jugendlicher habe Christian seinen Eltern Vorwürfe gemacht. Er könne es nicht verstehen, weshalb sie ihm seine Intergeschlechtlichkeit verheimlicht haben. Das Thema wurde in der Familie von Christian lange tabuisiert. Diese Geheimhaltung wird von den Eltern als Bewältigungsstrategie bezeichnet, um sich von ihrer Scham zu distanzieren. Die Eltern hätten Christian erklärt, sie wollen Christian das Gefühl vermitteln, zur «Norm» dazuzugehören (Min. 11:30). Als Christian bemerkt, dass er anders als die anderen Kinder in seinem Umfeld sei und nicht wusste wieso, kamen bei ihm suizidale Gedanken auf. Er sei einmal kurz davorgestanden, einen Suizidversuch zu begehen. Heute mit dem Wissen über seine Vergangenheit und seinem zufriedenen «Leben als Mann» mache er seinen Eltern keine Vorwürfe mehr. Er habe sich mit der Perspektive seiner Eltern auseinandergesetzt und habe ihnen verziehen. Er sähe die Ärzteschaft als Schuldige an. (Min. 11:30)

Haltung zum medizinischen Eingriff

Nachdem Christian im Alter von 28 Jahren offen mit seinen Eltern darüber sprechen konnte, was tatsächlich nach seiner Geburt passiert sei, habe er sich entschieden, mit der damaligen Chirurgin Kontakt aufzunehmen, um genau herauszufinden, weshalb sie aus ihm ein Mädchen machen wollte (Min. 4:30). Die Antwort auf seine Frage sei ernüchternd gewesen und lautete: «Es war damals so und es war Stand der Dinge, es ist halt so in der Medizin und man konnte es nicht ändern» (Min. 8:00). Für Christian wirkte diese Aussage als eine einfache Ausrede, um sich einerseits nicht vertieft mit dieser Operation auseinandersetzen zu müssen und andererseits ihr medizinisches Handeln, ethisch nicht hinterfragen zu müssen. Nach dem Treffen mit der Ärztin seien bei Christian trotzdem noch zahlreiche Fragen offengeblieben. Da nicht konkret auf seine Forderungen eingegangen worden sei, was Christian als eine Demütigung empfinde. Er beschreibe das Gespräch mit seiner Ärztin als sehr sachlich und mit einer emotionalen Distanz. Christian verfolgte bei diesem Treffen das primäre Ziel, eine Entschuldigung von seiner Ärztin zu erhalten, um einen inneren Frieden schliessen zu können. Dieses Anliegen sei nur teilweise erfüllt worden. Zu seiner Entlastung bekam er eine minimale Entschuldigung von seiner Ärztin. (Min. 14:35)

3.10.3 Behandlungszufriedenheit Hamburger Intersex Studie

Wir stellen fest, dass zu den Lebenswelten von intergeschlechtlichen Personen wenig Studien vorliegen und die meisten aus medizinischer Perspektive entwickelt und durchgeführt werden. Diese Erkenntnis deutet darauf hin, dass ein Forschungsbedarf zu Lebenswelten von intergeschlechtlichen Menschen, insbesondere von Jugendlichen, besteht. (Focks, 2014, S. 5) Somit stellen wir aufgrund mangelnder qualitativer Daten in diesem Kapitel eine Zusammentragung der *Hamburger Intersex Studie* vor. Die Datenerhebung der Studie startet an der Hamburger

Universitätsklinik am Institut für Sexualforschung im Jahr 2002. Es werden 37 Betroffene von GEKO im Erwachsenenalter zu deren Behandlungserfahrung befragt.
Wir halten für unsere Leserschaft fest, dass die Befragung durchgeführt wird, vor der Einführung der *S2k Leitlinien* im Jahr 2016, welche den Schwerpunkt auf die psychosoziale Versorgung im Gesundheitswesen legt (Schweizer, 2021a, S. 31). Die Studie gibt an, dass hinsichtlich der verschiedenen Diagnoseformen sowie der Anzahl und Art der operativen Eingriffe, sich die Behandlungszufriedenheit unterscheide. Wir erhalten ein Gesamtfazit, welches besagt, dass die Mehrheit der Befragten die Massnahme (oder gewisse Aspekte) negativ bewertet. (Brinkmann, Schweizer & Richter-Appelt, 2007, S. 237)

Nun werden die für unsere Arbeit und Beantwortung der Fragestellung wichtigen Erkenntnisse aus der Studie aufgezeigt. Wir beziehen uns dabei auf vier offene Fragen zur Behandlungserfahrung von Personen mit unterschiedlichen Diagnosen. Diese stellen wir, mit Ausnahme der ersten, tabellarisch dar. Nach jeder Zusammentragung halten wird jeweils ein kurzes Fazit fest.

1) **Fragestellung:** Welche positiven Erfahrungen in Bezug auf die medizinische Behandlung haben die Teilnehmenden erlebt?
   Anzahl beantwortende Personen: 2 von 37
   Antwort: Nur zwei Personen haben diese offene Frage beantwortet und geben an, besonders nette ärztliche Fachpersonen gehabt zu haben.

(S. 240)

Wir interpretieren die Tatsache, dass sich nicht mehr Personen zu positiven Erlebnissen äussern wollen. Es könnte aufgrund mangelnder positiver Erfahrungen in den Behandlungen sein. Ausserdem könnten die Teilnehmenden aufgrund der meist früh erfolgten Interventionen, schlechte bis gar keine Erinnerungen an die Behandlung haben oder die positiven Erinnerungen könnten durch die negativen Erfahrungen überdeckt werden (S. 240). Widersprüchlich erscheinen diese Angaben im Zusammenhang mit der Auswertung der aktuellen Behandlungszufriedenheit der Befragten (S. 240). Die Studienautor*innen geben an, dass ungefähr ein Drittel der Teilnehmenden heute zufrieden bis sehr zufrieden mit dem medizinischen Eingriff seien. Dabei handle es sich allerdings um eine Skalierungsfrage, welche die *heutige Zufriedenheit* erfragt. Daher kann diese anders ausfallen als eine offene Frage über positive Erfahrungen zum Behandlungszeitpunkt. Trotzdem erscheinen uns zwei Personen von einem Drittel zufriedener Befragten eine bescheidene Anzahl, die eine positive Erfahrung nennen können oder wollen. (S. 236; S. 241)

2) **Fragestellung:** Welche negativen Erfahrungen in Bezug auf die medizinische Behandlung haben die Teilnehmenden erlebt?
   Anzahl beantwortende Personen: 16 von 37

Tabelle 2

Negative Behandlungserfahrungen - Hamburger Intersex Studie

Auflistung negativer Erfahrungen in Bezug auf die medizinische Massnahme	**Anzahl Nennungen** Mehrfach Antworten möglich	
	Absolute Zahlen	Relative Zahlen
Unangemessener Umgang während des Krankenhausaufenthaltes. Beispiele: - Zurschaustellung - Nacktaufnahmen - Sprachgebrauch	6	40 %
Langer Krankenhausaufenthalt	4	26 %
Schmerzen	4	26 %
Eine Prothese tragen zu müssen, beispielsweise zur Dehnung der Vagina	2	13 %
Tabuisierung und Geheimhaltung der Diagnose	1	6.25 %

(S. 240)

Wir stellen fest, dass besonders die Zeit während der Behandlung und der Umgang des medizinischen Fachpersonals, den meisten Teilnehmenden in negativer Erinnerung verbleibt (S. 240). Dieses Resultat widerspricht unserer Vermutung der ersten Fragestellung, dass viele Betroffene aufgrund des frühen Behandlungszeitpunktes, kaum oder keine Erinnerungen mehr haben. Jedoch müssen wir bei diesem Aspekt berücksichtigen, dass der Behandlungszeitpunkt zwischen der frühen Kindheit bis in die frühe Jugendzeit variiert und somit auch die Erinnerungsfähigkeit (S. 270). Folgende Nennungen wie *Schmerzen erlitten zu haben*, *eine Prothese tragen zu müssen* oder auch *die Tabuisierung der Diagnose*, können sich auf Erfahrungen, die sich über eine längere Zeitspanne erstrecken, beziehen und dadurch in besserer Erinnerung sein.

Das Thema Reliabilität von Erinnerungen werden wir im Kapitel 4.7 differenzierter aufgreifen. Spannend ist zu sehen, dass die Thematik der Geheimhaltung bei nur einer Person negativ eingestuft wird. Denn unseres Wissens, stellt dieser Aspekt eine grosse Belastung für GEKO-Betroffene dar.

3) **Fragestellung:** Welche Aspekte wünschen sich die Teilnehmenden retrospektiv, um besser mit den negativen Erfahrungen umgehen zu können?
   Anzahl beantwortende Personen: 16 von 37

Tabelle 3

Gewünschte Aspekte - Hamburger Intersex Studie

Auflistung gewünschter Aspekte für einen besseren Umgang mit den negativen Erfahrungen	**Anzahl Nennungen** Mehrfach Antworten möglich	
	Absolute Zahlen	Relative Zahlen
Psychologische Unterstützung	8	50 %
Aufklärung und Offenheit über die Diagnose	8	50 %
Beistand der Familie und Unterstützung der Eltern	4	25%
Austausch mit anderen Betroffenen	2	12 %

(S. 240)

Der Wunsch nach einer *psychologischen Unterstützung* weist unserer Ansicht nach, auf einen Mangel eines interdisziplinären Versorgungssystems für die Betroffen während den Vor- und Nachbehandlungen hin. Die hohe Anzahl der Nennung Wunsch von *Aufklärung und Offenheit über die Diagnose*, könnte unserer Meinung nach, durch ein interdisziplinäres Versorgungssystem gedeckt werden. Interessant ist zu sehen, dass im Vergleich zur vorangehenden Frage, nur eine Person die Tabuisierung der Diagnose als negativ bewertet hat und bei dieser vorliegenden Auswertung deutlich mehr Personen einen offeneren Umgang retrospektiv wünschen. Der Wunsch nach *Beistand der Familie und Unterstützung der Eltern*, könnte darauf hinweisen, dass das primäre Bezugssystem zu wenig oder «falsch» gemäss der «optimal Gender Policy» informiert worden ist. Weiter kann es darauf hindeuten, dass die Eltern aufgrund von Schamgefühlen nicht mit den Kindern darüber sprechen wollten. Der fehlende *Austausch mit anderen Betroffenen*, deutet darauf hin, dass die Befragten sich nicht mit anderen Betroffe-

nen vernetzen konnten. Eine Verbesserung könnte durch den Kontakt zu Selbsthilfegruppen oder Peer-Gruppen erreicht werden.

Wir halten fest, dass durch die Umsetzung der zwei meistgenannten Wünsche, die grösste Korrelation hin zu einer Verbesserung der medizinischen Behandlungspraxis besteht. Diese Feststellung stimmt mit dem Gesamtfazit der Studienautor*innen überein, welches besagt, dass eine Reform der damaligen Behandlungsmethoden notwendig sei (S. 241).

4) **Fragestellung:** Welche Empfehlungen über die Behandlungsmassnahmen bei GEKO würden die Betroffenen heute geben?
   Anzahl beantwortende Personen: 29 von 37

Tabelle 4

Empfehlungen zu Behandlungsmassnahmen - Hamburger Intersex Studie

Auflistung von Behandlungsempfehlungen der Betroffenen	**Anzahl Nennungen** Mehrfach Antworten möglich	
	Absolute Zahlen	Relative Zahlen
Kontakt zu Psycholog*innen / Psychotherapeut*innen	9	31%
Altersgemässe, offene Aufklärung der Kinder	9	31%
Frühzeitige, umfassende Aufklärung	8	26%
Hormonbehandlungen (ab der Pubertät) nur nach eigener Zustimmung und Aufklärung	8	26%
Kontakt zu Selbsthilfegruppen	7	24%
Genaue Diagnosestellung und Befunde, Klärung der Ursache, Untersuchungen	6	21%
Keine Operationen (nur bei Lebensgefahr)	6	21%
Enge Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Eltern	5	17%
Enttabuisierung / Entpathologisierung	3	10%
Aufklärung der Eltern erst zu späterem Zeitpunkt	2	7%

(S. 240)

Wir stellen fest, dass die drei meistgenannten Aspekte dieser Frage, mit den zwei meistgenannten Nennungen aus der dritten Frage übereinstimmen. Die Nennung *der Hormonbehandlung nach eigener Zustimmung* stellt unseres Erachtens bei Nichteinhaltung eine Verletzung der Selbstbestimmung dar. Wir sind ebenso der Meinung, dass bis zur Pubertät mit dem Entscheid gewartet werden solle, damit sich die Betroffenen selbstbestimmt für oder gegen Hormonbehandlungen entscheiden können. Die Nennung einer *genauen Diagnosestellung*, zeigt den Wunsch, sich klar einer Diagnose zuordnen zu lassen, was dem Aspekt der Entpathologisierung widerspricht. Dies könnte darauf hinweisen, dass je nach medizinischem Fachpersonal eine andere Diagnosebezeichnung erfolgt und sich somit auch die Behandlungsformen unterscheiden können, was wir als besorgniserregend einstufen.
Besonders wichtig im Hinblick auf GEKO ist die Empfehlung *keine Operation (nur bei Lebensgefahr*), welche für uns auf den Wunsch hindeutet, GEKO zu verbieten. Die Nennungen *ärztliche Zusammenarbeit mit Eltern* und *frühzeitige Aufklärung* zeigen, entsprechend der Zusammentragung der dritten Frage, die Notwendigkeit eines interdisziplinären Versorgungssystems für alle Beteiligten. Bemerkenswert ist der prozentual eher geringe Anteil der Nennung *Enttabuisierung und Entpathologisierung* dieser Thematik. Wir erklären uns diesen Aspekt so, dass die Befragten Behandlungserfahrungen im Fokus haben und nicht ihr Leben als intergeschlechtliche Person im gesellschaftlichen Kontext beurteilen.

Betrachten wir die oben ausgeführten Auswertungen der *Hamburger Intersex Studie* bezüglich den Behandlungserfahrungen und Behandlungszufriedenheit von GEKO-Betroffenen und den Betroffenenbericht von Christian in Kapitel 3.10.1, stellen wir fest, dass die *fehlende psychologische Unterstützung*, *mangelnde Diagnoseaufklärung* und der *Umgang des medizinischem Fachpersonal* kritisiert wird. Die Aspekte, *Notwendigkeit der zahlreichen medizinischen Eingriffe* und deren *Zeitpunkt* werden ebenfalls kritisiert. Für den zukünftigen professionellen Umgang mit Menschen mit VdG schlussfolgern wir, dass den individuellen Lebensumständen und Lebensentwürfen aller Betroffenen stärkere Bedeutung als eine geschlechtliche Eindeutigkeit zugemessen werden soll. Dies im Hinblick auf die Gewährleistung ihrer Selbstbestimmung.

3.10.4 Herausforderungen des Bezugssystems

In diesem Kapitel gehen wir auf Herausforderungen ein, welche sich dem primären Bezugssystem von Kindern mit VdG stellen. Unter dem primären Bezugssystem sind nebst den Eltern auch Personen wie beispielsweise Geschwister, Verwandte oder andere Bezugspersonen, die nicht als die leiblichen Eltern zu verstehen sind, miteingeschlossen.
Allgemein kann das primäre Bezugssystem von Kindern mit VdG vor einer psychischen Belastung stehen, da die Geburt eines Kindes mit VdG ein neues sowie fremdes Thema in ihren Lebensmittelpunkt rückt. Dabei können die Bezugspersonen mit folgenden Herausforderun-

gen konfrontiert werden: *Mangel an Aufklärung über die Thematik VdG durch Fachpersonen*, *fehlende Unterstützung bei der Entscheidung für oder gegen eine Operation*, *Überforderung eigenes Kind nicht im binären Geschlechtersystem zuordnen zu können*, *Ablehnung des Kindes aufgrund äusserlicher Merkmale*, *Auftreten von Schuld- und Schamgefühlen* oder *fehlender Austausch über Intergeschlechtlichkeit im sozialen Umfeld* (Dahlmann & Janssen-Schmidchen, 2019, S. 595; Westenfelder, 2011, S. 598; Schweizer, 2021a, S. 33; Schweizer et al., 2015, S. 18).

Bessere Versorgungsstrukturen für medizinische und psychosoziale Anliegen könnten das primäre Bezugsystem in den oben genannten Aspekten entlasten. So berichten primäre Bezugspersonen von *fehlender Beratung zum Zeitpunkt der Feststellung der Intergeschlechtlichkeit*, in *alltäglichen Situationen* und von ihren *Unsicherheiten während der Pubertät* des Kindes (Schweizer et al., 2015, S. 17). Bei derselben Befragung zeigt sich, dass 95% der Befragten aus verschiedenen Zielgruppen, darunter auch Eltern, einen Bedarf beim Ausbau von Beratungsangeboten für Kinder, Jugendliche und Eltern sehen (S. 16). Nicht ausser Acht darf die Tatsache gelassen werden, dass bereits bestehende Versorgungsstrukturen existieren, diese aber oftmals eine unzureichend psychosoziale Versorgung anbieten und noch zu stark biomedizinisch ausgerichtet seien (Schweizer, 2021a, S. 30).

Weiter möchten wir darauf eingehen, welchen Herausforderungen primäre Bezugspersonen oftmals auszuweichen versuchen, wenn sie einer geschlechtszuweisenden Operation zustimmen. Das Kind mit VdG brauche sich *nicht zu «Outen»*, sobald es aufgrund gesellschaftlicher Institutionen dazu gedrängt wird, sich im binären Geschlechtersystem einzuordnen. Weiter können die Bezugspersonen *soziale Ausgrenzung* des Kindes befürchten oder wollen nicht die *Aufklärer*innen-Rolle gegenüber der Gesellschaft übernehmen*. (Dahlmann & Janssen-Schmidchen, 2019, S. 594)

Entgegen diesen Argumenten spricht folgende Aussage aus einer durchgeführten Befragung von Müttern von Kindern mit VdG ohne medizinischen Eingriff. Eine Mutter sei der Meinung, dass die unterstellte Diskriminierung nicht zwangsläufig stattzufinden habe, besonders im Grundschulalter, habe sie die Erfahrung gemacht, dass ihr Kind auf Akzeptanz und keinen Ausschluss gestossen ist und lernte seinen Körper als Bereicherung anzusehen (Klöppel, 2016, S. 2). Lampalzer, Briken und Schweizer weisen jedoch darauf hin, dass die Geheimhaltung von GEKO, Stigmatisierungen gegenüber den Betroffenen nicht zwangsläufig vermindern. Die Geheimhaltung sich aber positiv auf das Wohlbefinden der Eltern auswirken könne (2020, S. 474).

3.10.5 Verbesserungsvorschläge Betroffener

Abschliessend möchten wir noch kurz auf spezifische Forderungen von GEKO-Betroffenen eingehen, welche als Verbesserungsvorschläge für den professionellen Umgang mit diesen Personen und für die gesamte Öffentlichkeit gelten können.

Medizinische Massnahmen führen grundsätzliche nicht dazu, dass die Einteilung in «männlich» oder «weiblich» für Menschen mit VdG verlässlich am hilfreichsten für ihre Lebensführung ist. Aufgrund dessen, dass jeder intergeschlechtliche Körper individuell ist, bestehe die Schwierigkeit, durch wissenschaftliche Erkenntnisse keine allgemeingültige Aussage über die hilfreichste Intervention machen zu können. Am besten sei es, wenn Menschen mit VdG, sich selbst auf die Suche nach der für sie geeigneten Behandlungsform machen. Diese Suche unterstützt Menschen mit VdG, herauszufinden, welche Potenziale ihr Körper aufweist, beispielsweise eine Zeugungs- oder Geburtsfähigkeit. Menschen mit VdG eignen sich die meisten Informationen in Peer-Beratungen, Selbsthilfegruppen oder durch die medizinische Akteneinsicht an. Somit gilt abschliessend zu sagen, dass intergeschlechtliche Menschen als Expert*innen ihrer selbst betrachtet werden sollten. (VIMÖ & TransInterQueer e.V., 2020, S. 6; Organisation Intersex International Europe, 2013) Wir begrüssen diese Haltung und erhoffen uns, dass in den psychosozialen Versorgungsstrukturen für GEKO, dieses Anliegen stärker berücksichtigt werde.

4 Psychotraumatologie

In diesem Kapitel stellen wir Inhalte der Psychotraumatologie vor, damit wir im Kapitel 5 die «geschlechtszuweisenden Eingriffe an Kindern mit Variationen der Geschlechtsentwicklung ohne medizinische Notwendigkeit» (GEKO) in die Psychotraumatologie einordnen können. Weiter verwenden wir in dieser Arbeit «(psychisches) Trauma» und «(psychische) Traumatisierung» synonym.

Das Wort «Trauma» hat seine sprachlichen Wurzeln im Griechischen und bedeutet “Verletzung” oder “Wunde”. In der Medizin wird der Begriff für physische Verletzungen verwendet. Psychotraumatologie studiert und betrachtet seelische Verletzungen (Fischer & Riedesser, 2020, S. 24).

Die Definition von psychischem Trauma lautet:

«Vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnis bewirkt» (S. 88). Es handelt sich demzufolge um langfristig wirkende, seelische Verletzungen, die Menschen und ihr Weltbild fundamental erschüttern und prägen. Die Literatur zu Traumata verwendet den Traumabegriff teils unscharf. Uns ist daher wichtig hervorzuheben, dass Trauma in dieser Arbeit immer einen mentalen Zustand meint, der durch eine potenziell traumatische Situation nicht zwangsläufig hervorgerufen wird. Weiter verwenden wir die Begriffe “traumatische Situation” und “potenziell traumatische Situation” synonym.

Es existieren noch andere Definitionen von Trauma. Deixlers Definition beispielsweise besagt, dass psychische Traumata immer durch eine Form von Gewalt bedingt sind und immer von einem lebensbedrohenden Faktor begleitet würden (2017, S. 193).

Wir erachten es als ungünstig, wenn die Ursachen von Trauma auf Ereignisse eingeschränkt werden, die mit lebensbedrohenden Faktoren und Gewalt einhergehen. Zum einen aufgrund der definitorischen Unschärfe des Gewaltbegriffs und zum anderen lässt die genannte Definition das subjektive Erleben der Betroffenen unberücksichtigt. Diese subjektive Sichtweise ist unabdingbar, um zu beurteilen, ob ein Ereignis das Welt- und Selbstverhältnis erschüttert. Ob etwas als lebensbedrohend wahrgenommen wird, kann von Person zu Person unterschiedlich sein.

Ein langjähriges Deprivationstrauma beispielsweise kann schwerwiegende Schäden hinterlassen, auch wenn es nicht zu einer aktiven Gewaltausübung kommt. Auch eine Vergewaltigung ist denkbar, ohne dass das Leben des Opfers substanziell bedroht ist. Fischer und Riedesser betrachten auch Arbeitslosigkeit, Mobbing oder lebensbedrohende Erkrankungen als potenziell traumatische Ereignisse (2020, S. 390-410). Diese Vorkommnisse und Zustände wären gemäss Deixlers Definition kein Trauma, da bei Mobbing und Arbeitslosigkeit (zumindest in der Schweiz) unseres Erachtens ein lebensbedrohlicher Faktor fehlt – ausser man betrachtet

latente oder manifeste Suizidalität als lebensbedrohend. Auch bei einer lebensbedrohenden Erkrankung, beispielsweise Krebs, ist die Gewalt-Komponente nicht immer gegeben. Ausser man würde freiwillige Behandlungsweisen wie chemotherapeutische oder chirurgische Eingriffe zu Gewalt zählen. Da diese trotz helfender Absicht eine Gewalterfahrung für Betroffene darstellen können.

Wir entscheiden uns, in dieser Arbeit für die breitere Definition von Fischer und Riedesser. Diese ist zudem die häufigste im Traumadiskurs und stimmt mit den Diagnosekriterien der «posttraumatischen Belastungsstörung» (PTBS; siehe Abkürzungsverzeichnis) überein.
Das ICD-11 beschreibt eine potenziell traumatische Situation als extrem entsetzlich oder bedrohlich. Beispielsweise könne auch die Beobachtung von Unfällen oder der plötzliche Tod von Angehörigen eine PTBS auslösen und folglich einer möglicherweise traumatischen Situation entsprechen. Festzuhalten ist an dieser Stelle, dass eine potenziell traumatische Situation ein belastendes Ereignis darstellt, welches eine Traumafolgestörung auslösen kann, was dann eine traumabedingte psychische Erkrankung ist. Meistens sind dies Situationen, die mit Verlust, Gewalttaten oder Lebensbedrohung einhergehen, limitiert sind die potenziell traumatischen Situationen allerdings explizit nicht (WHO, 2022, Kap. 6B40).

Wir halten fest, dass abhängig von der subjektiven Sichtweise der betroffenen Person und ihren individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, Traumatisierungen durch eine grosse Vielfalt von leidvollen Erfahrungen ausgelöst werden können. Wie die unterschiedlichen Definitionen zeigen und Müller erläutert, gibt es zahlreiche Zugänge und Verständnisse von psychischer Traumatisierung (2021, S. 17). Wir werden uns den unterschiedlichen Zugängen und Perspektiven auf Trauma widmen, nachdem wir die Entwicklung der Psychotraumatologie im folgenden Kapitel vorgestellt haben.

4.1 Die Entwicklung der Psychotraumatologie

In diesem Kapitel werfen wir einen historischen Blick auf die Psychotraumatologie. Anschliessend analysieren wir die gegenwärtige Institutionalisierung des Teilgebietes der Psychotherapie. Abschliessend betrachten wir die Zukunftsaussichten.

4.1.1 Die Geschichte der Psychotraumatologie

Für diesen kurzen historischen Überblick über die Entwicklung der Psychotraumatologie stützen wir uns auf die prominenten Lehrbücher. Wir möchten darauf hinweisen, dass Eichenberg und Zimmermann (2017, S. 14-18) in zusammengefasster Weise dieselben Personen und Strömungen nennen, wie Fischer und Riedesser (2020, S. 33-45). Daher verzichten wir

auf eine Doppelnennung der Werke und geben nur die Seitenangaben zu den referierten Inhalten aus Fischer und Riedessers Werk an.

Bereits seit ihren Anfängen kümmert sich die Menschheit um seelische Verletzungen und ihre Bewältigung. Fischer und Riedesser sehen in Ritualen, Mythen und in der Religion frühe Ansätze der Traumabewältigung. So könnte das Ritual einer Beerdigung von Toten entstanden sein, um dadurch die seelischen Wunden der Hinterbliebenen zu pflegen oder zu heilen (2020, S. 34). Der Kulturwissenschaft schreiben Fischer und Riedesser unter anderem die soziale Funktion zu, den kreativen Umgang mit Traumata zu vermitteln (S. 35). Dichtende, Musiker*innen und Autor*innen können unserer Erfahrung nach Menschen helfen, mit emotional belastenden Situationen umzugehen und diese zu verarbeiten.
Für Langer et al. beginnt die Wissenschaftsgeschichte der Psychotraumatologie im 19. Jahrhundert mit den Arbeiten von Erichsen und Charcot. Beide befassen sich mit psychosomatischen Beschwerden nach traumatischen Ereignissen. (2020, S. 3; Von Hinckeldey & Fischer, 2002, S. 15)
Für Fischer und Riedesser hingegen beginnt die Wissenschaftsgeschichte der Psychotraumatologie Ende des 19. Jahrhunderts mit anderen Forschenden (2020, S. 35). Pierre Janet schreibt gemäss diesen Autoren als Erster über die *Dissoziation*, als Erklärungskonzept für Psychopathologien, die auf traumatische Situationen zurückzuführen sind. Er beschreibt, dass psychische Traumata von den Betroffenen nicht in Worte zu fassen seien. Stattdessen würden sie in Bildern, Emotionen oder in Form von körperlichen Reaktionen als Erinnerungsfragmente im Gedächtnis verbleiben (S. 37). Für «Dissoziation» gibt es bis heute keine einheitliche wissenschaftliche Definition. Man könne sie als «Spaltung der Persönlichkeit oder des Bewusstseins» kurzfassen (Müller, 2021, S. 28). Von Hinckeldey und Fischer weisen ebenfalls auf die fehlende Definition und die terminologische Abgrenzung zwischen «Dissoziation» und «Verdrängung» hin. Darauf gehen wir weiter unten genauer ein (2002, S. 43).

Die Psychoanalyse entwickelt sich zur selben Zeit wie Janets eigenständiger Ansatz und befasst sich bis heute mit seelischen Verletzungen. Sigmund Freud vertrat in seinen Anfängen die Ansicht, dass alle “Hysterien” auf traumatische Situationen zurückgeführt werden können. Allerdings revidiert er diese These in seinem späteren Leben (Fischer & Riedesser, 2020, S. 38). Er sagt dann, dass einerseits eine äussere traumatische Situation der Grund für die Pathologie sein könne. Andererseits könnten auch intrapsychische Prozesse, wie Wünsche, Vorstellungen oder pathogenetische Faktoren ganz ohne externe Einwirkung zu Traumatisierungen führen. (S. 42; Müller, 2021, S. 24)
Im Gegensatz zu Freud sagen Fischer und Riedesser, dass die zeitgenössische Psychotraumatologie eine traumatische Situation als Auslöser für die Psychopathologie betrachtet. Im

Zusammenspiel mit personalen Dispositionen entstehen schliesslich die Traumafolgestörungen oder auch nicht. Mit Freuds Postulierungen des Unterbewusstseins und der *Verdrängung* als Schutzmechanismus des Körpers, leistete er Pionier*innenarbeit für die Psychotraumatologie (2020, S. 38; Gerrig, 2018a, S. 182).
Von Hinckeldey und Fischer differenzieren die beiden Schutzmechanismen, die für traumabedingte Gedächtnisstörungen verantwortlich seien, wie folgt. Bei «Verdrängung» handle es sich um eine Störung im Abruf von Gedächtnisinhalten, die weil traumatisch, vom Bewusstsein aktiv zurückgewiesen würden. Bei «Dissoziation» sei bereits die Abspeicherung von traumatischen Erinnerungen beeinträchtigt und führe zu einer traumabedingten Bewusstseinsveränderung. Diese erkläre die Abspaltung von Selbstanteilen oder Umwelteinflüssen. (2002, S. 43)
Ob die Verdrängungstheorie (Freud) oder die Dissoziationstheorie (Janet) traumabedingte Gedächtnisstörungen besser erklärt, ist bis heute umstritten (Von Hinckeldey & Fischer, 2002, S. 20; S. 44). Müller befindet die beiden Theorien (er nennt diese Trieb- und Traumatheorie) als komplementär zueinander (2021, S. 24). Mit dieser Einschätzung ist er nicht allein (Von Hinckeldey & Fischer, 2002, S. 44). Dann gibt es auch die Ansicht, dass die beiden Schutzmechanismen unmöglich komplementär existieren können (S. 44). Wir beleuchten die Ätiologie der traumabedingten Gedächtnisstörungen nicht weiter an dieser Stelle, sondern belassen es bei den genannten unterschiedlichen Meinungen im historischen und aktuellen Diskurs.

Eine weitere nennenswerte Konzeption Freuds ist die zeitverzögerte Wirkung von traumatischen Situationen. Demnach können sich Folgen einer traumatischen Situation in der Kindheit auch erst in der Pubertät als Trauma manifestieren. Da sich die Gedächtnisinhalte in einen neuen Bedeutungshorizont des Individuums einordnen müssen, wenn dieser sich verändert (Fischer & Riedesser, 2020, S. 41; Müller, 2021, Kap. 3.9).
Der Psychoanalytiker Kardiner beschreibt bereits 1941 die «Physioneurose» als Vorläufer der PTBS, welche körperliche Begleiterscheinungen in den Fokus nimmt (Fischer & Riedesser, 2020, S. 42). Zahlreiche weitere Psychoanalytiker*innen führen Wissen ein, welches die Psychotraumatologie noch heute prägt (S. 38-44).
Selye arbeitet in der Zeit des Behaviorismus und befasst sich mit Stress und seinen Folgen. Er beschreibt irreversible psychosomatische Erkrankungen, die von Relevanz sind für die Psychotraumatologie. Allerdings vernachlässigte er nach Fischer und Riedesser die Interaktion zwischen Individuum und Umwelt, was die heutige Stress- und Copingforschung verstärkt berücksichtigt (S. 44 & 45). Generell sei die Wechselwirkung zwischen Umwelt und Individuum zentral in der zeitgenössischen Erforschung psychischer Traumata (S. 45).
Hofmann und Besser machen darauf aufmerksam, dass mit der Rückkehr von Soldat*innen aus dem Vietnamkrieg die Forschung und der Diskurs über psychische Traumatisierungen intensiviert wurde. Man stellt in den 70er-Jahren fest, dass die herkömmlichen Behandlungs-

methoden für psychische Störungen wenig effektiv waren in der Behandlung dieser traumatisierten Soldat*innen. (2015, S. 172)

4.1.2 Die zeitgenössische Organisation der Psychotraumatologie

Seit 1997 gibt es die «Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie» (DeGPT; siehe Abkürzungsverzeichnis), welche sich mit psychischen Traumata, deren Behandlung und Prävention befasst (2018, Min. 13:50). 1991 gebe es zu psychischen Traumata im deutschsprachigen Raum kaum einen Diskurs, während sich Fachgesellschaften zu diesem Thema beispielsweise in Amerika und den Niederlanden bereits etablieren (Min. 3:55). Die DeGPT ist gut vernetzt, sowohl interdisziplinär (Min. 11:55) als auch global, mit anderssprachigen Fachgesellschaften zur Psychotraumatologie (Min. 8:04). Die Handhabung der vielen traumatisierten Menschen fehle (Min. 3:25), während fälschliche Diagnosen anderer Erkrankungen anstelle der Traumafolgestörung häufig vorkommen würden (Min. 0:00-2:50).

In der Schweiz existieren zudem zwei Institute, das *Schweizerische Institut für Trauma Therapie* und das *Schweizer Institut für Psychotraumatologie*, welche sich für die Fortbildung und Bildung von verschiedenen Berufsgruppen, die in ihrer Arbeit mit traumatisierten Menschen konfrontiert werden, stark machen (Schweizerische Institut für Trauma Therapie, n.d.; Schweizer Institut für Psychotraumatologie, n.d.). Die DeGPT hat die Fachzeitschrift “»Trauma & Gewalt» als Organ und bietet in zahlreichen zertifizierten Weiterbildungsinstituten mehrere Weiterbildungen an, unter anderem für Sozialarbeitende. Ausserdem bieten sie ein Forum für alle Berufsgruppen, welche mit Traumafolgestörungen in Berührung kommen (DeGPT, n.d.).

In der “European Society for Traumatic Stress” und ihrer Fachzeitschrift “European Journal of Psychotraumatology” vernetzen sich die europäischen Fachgesellschaften, um Wissen und aktuelle Problematiken zu verbreiten (European Society for Traumatic Stress Studies, n.d.).

Auch eine globale Fachgesellschaft die «Global Collaboration on Traumatic Stress» verfolgt das Ziel, die Psychotraumatologie zu stärken und traumatischen Stress als Problem gemeinsam anzugehen (Global Collaboration on Traumatic Stress, n.d.). Es gibt noch zahlreiche weitere Vereine, Gesellschaften und Netzwerke, welche sich der Weiterentwicklung der Psychotraumatologie verschrieben haben. Alle aufzulisten bringt dieser Arbeit keinen Mehrwert. Es bleibt festzuhalten, dass die Psychotraumatologie in relativ kurzer Zeit institutionell breit etabliert wurde und derzeit viel Aufmerksamkeit erhält. Im nächsten Kapitel analysieren wir die zukünftige Entwicklung.

4.1.3 Zukunft der Psychotraumatologie

Schweizer schreibt bereits 1999 im *Deutschen Ärzteblatt*, dass Psychotraumatologie eine junge Disziplin sei (1999, S. 1100). Von Hinckeldey und Fischer sprechen ebenfalls von Psychotraumatologie als multidisziplinäre und zugleich eigenständige wissenschaftliche Disziplin

(2002, S. 9).

Fischer und Riedesser sprechen heute noch von Psychotraumatologie als junge interdisziplinäre Disziplin, welche allerdings noch viel von der Psychotherapie zu lernen habe (2020, S. 414). Die systematische und wissenschaftliche Erforschung von traumatischen Erfahrungen befinde sich noch in ihren Anfängen (S. 412). Daher raten sie von einem eigenständigen Studiengang ab und sind für eine Integration der Psychotraumatologie in einen angehenden Psychotherapie Studiengang. Dieser solle dann Pädagog*innen, Sozialarbeitenden, Soziolog*innen, Psycholog*innen und Ärzt*innen offenstehen sowie sekundär ebenfalls den Gebieten Pflege, Theologie und Philosophie (S. 414).

Die DeGPT unterstützt die Entwicklung der Psychotherapie zur Disziplin ebenfalls (S. 414).

Fischer und Riedesser erläutern eine Stärke der Psychotraumatologie, nämlich die Vermeidung der Individualisierung der Problemlage der Betroffenen. Die Individualisierung der Problemlage bedeutet, dass die psychische Störung dem Individuum und seinen Dispositionen zugeschrieben wird und nicht oder ungenügend nach schädigenden Umwelteinflüssen gesucht wird (S. 71). In diesem Punkt können und sollten Psychotherapie und Psychologie unseres Erachtens von der Psychotraumatologie lernen.

In Fischers Worten ausgedrückt könnte die Psychotraumatologie der Prototyp einer kausalen Psychotherapie sein, welche Gründe untersucht und einen dialektisch-ökologischen Denkstil verfolgt (2009, S. 177). Damit ist gemeint, dass die umweltbedingten Ursachen und die dynamische Entstehungsgeschichte einer Störung, welche die individuelle Komponente menschlichen Erlebens betont, mit analysiert wird (S. 181). Fischer zeigt ausserdem auf, dass die Psychotraumatologie eine «Wahlverwandtschaft» (S. 179) mit der Psychotherapie aufweist, da beide Gebiete die Heilung psychischer Störungen primär durch Dialoge anstreben. Psychotraumatologie könne daher einzig als wichtiges Teilgebiet der Psychotherapiewissenschaft, welche sich momentan entwickle, eingeordnet werden (S. 181).

Wir vertreten die Ansicht, dass Psychotraumatologie sich in naher Zukunft nicht zu einer eigenständigen Disziplin ausbilden kann. Sicherlich beinhaltet sie relevante Wissensbestände für die Psychotherapie und auch für zahlreiche andere (Handlungs-)Wissenschaften wie beispielsweise die Soziale Arbeit. Die Psychotraumatologie sollte unseres Erachtens allerdings keinen übermässigen Umfang in der angehenden Psychotherapiewissenschaft einnehmen und auch Platz für andere Therapiekonzepte und Strömungen der Psychotherapie gewähren. Dieser Punkt wird von Fischer (2009) sowie Fischer und Riedesser (2020) nicht explizit benannt.

Gemäss Gerrig sei jedes Eingreifen und alle Interventionen, um die Funktionsfähigkeiten eines Menschen zu verändern (Psycho-)Therapie (2018c, S. 604). Ausserdem beschreibt er die Mannigfaltigkeit der verschiedenen Therapieansätze (S. 605). Wir denken nicht, dass die Psychotraumatologie und ihre Therapieansätze, die ihrerseits ebenfalls unterschiedlichen Strö-

mungen folgen, andere Ansätze grundsätzlich ersetzen können.

Wir erachten es mindestens in einigen Fällen als wichtig, dass die Psychotherapie diese dialektisch-ökologischen Aspekte in der Anamnese einbezieht. Nicht in allen Fällen scheint dies allerdings notwendig zu sein, wie eine Gruppe von Anhänger*innen der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie von Manuela Klein praktiziert und argumentiert (Schafer, 1997, S. 341). Sie konzentrieren sich gemäss Schafer auf die Gegenwart und legen weniger Wert auf die detaillierte Rekonstruktion der frühen Entwicklung, um Traumata zu bearbeiten. Gemäss dieser spezifischen Gruppe von sogenannten «Kleinianern» sei der aktuelle Mechanismus der Gegenübertragung bedeutender als die Narration der Vergangenheit. (S. 341)

Ausserdem steckt kritisches politisches Potential im Traumabegriff, welches nutzbar gemacht werden kann für die (kritische) Soziale Arbeit. Darauf macht auch Müller aufmerksam, welcher die politische Fähigkeit des Traumabegriffs darin sieht, dass er den Zusammenhang zwischen staatlicher und gesellschaftlicher Gewalt sowie dem dadurch herbeigeführten Leiden aufzeigen könne. Müller erläutert, dass dies durch das meistverbreiteste PTBS-Konzept, welches Trauma auf einen Symptomkatalog reduziere, kaum funktioniere (2021, S. 31-35). Aufgrund dessen, dass die gesellschaftlichen Bedingungen als Ursache für Trauma verschleiert würden (S. 36). Dies ist am leichtesten nachvollziehbar, wenn man sich bewusst macht, dass das PTBS-Konzept die Störung beim Opfer diagnostiziert und nicht bei den Menschenrechtsverletzungen und der Täterschaft, welche das Opfer zum Leiden bringen (S. 36). Diese Kritik der Unterkomplexität des gängigsten Traumakonzeptes, welches sich an diagnostischen Kriterien und Symptomen orientiert, findet sich mehrfach im Diskurs um psychologische Traumata (Endres & Moisl, 2002, S. 17).

Anzumerken ist dazu allerdings auch, dass beispielsweise Langer et al. auch individuelle klinische PTBS-Diagnosen hoch politisch einstufen (2020, S. 41). Wir finden, dass Trauma nie unpolitisch ist, aber eine individuelle Diagnose ein weniger grosses politisches Potential entfalten kann als andere Traumaverständnisse, auf welche wir später zurückkommen (Kapitel 4.3).

Auch Fischer und Riedesser empfehlen für die Betrachtung von psychischen Traumata ein Verlaufsmodell anstatt diagnostischer Kriterien. Diese beiden Perspektiven seien schwer miteinander vereinbar (2020, S. 59). Sie kommen immer wieder darauf zurück, dass psychische Traumata einzig aus deren dynamischem Verlauf heraus beurteilt und verstanden werden können und nicht anhand einer symptomatischen Momentaufnahme (S. 71; Kap. 1.4). Eine Erforschung der Ätiologie sei unabdingbar, um die geeignete Pathogenese zu wählen (S. 135).

Auch wir erachten es als unabdingbar für die Beantwortung unserer Fragestellung, Trauma als Prozess zu betrachten und nicht als eine einzelne Momentaufnahme anhand von Diagnosekriterien. Wir würden es begrüssen, wenn in der Zukunft andere Verständnisse von Trauma mehr Aufmerksamkeit erhalten als bisher. Wobei wir den Umstand nicht vernachlässigen wol-

len, dass eine Diagnose einer Traumafolgestörung für Menschen sehr entlastend und heilsam sein kann (Brisch, 2015, S. 121). Trotzdem werden diagnostische Konzepte im folgenden Teil, in dem wir Inhalte der Psychotraumatologie referieren, eine sekundäre Rolle spielen.

4.2 Allgemeine Psychotraumatologie

Die Allgemeine Psychotraumatologie befasst sich mit den grundsätzlichen Gesetzmässigkeiten zu psychologischen Traumata und des daraus resultierenden Verhaltens sowie den dazugehörigen objektiven sowie subjektiven Bedingungen (Fischer & Riedesser, 2020, S. 10; Eichenberg & Zimmermann, 2017, S. 12).

Die Psychotraumatologie hat ein Verständnis seelischer Verletzungen, welches von einem Zusammenspiel individueller Dispositionen und Umwelteinflüssen ausgehe (Fischer & Riedesser, 2020, S. 10-11; S. 20). Ausserdem würden psychische Verletzungen nicht nur von betroffenen Individuen verdrängt, sondern auch von der Wissenschaft würden sie zu häufig übersehen (S. 26).

In der Diagnostik (ICD-11 & «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. Aufl.» (DSM-5; siehe Abkürzungsverzeichnis)) von traumatischen Erfahrungen finden sich zahlreiche Traumafolgestörungen (Kap. 1.4). Es sei von einem “Traumaspektrum” auszugehen, welches zahlreiche und unterschiedliche psychotraumatische Folgeerscheinungen beinhaltet (S. 55). Da sich die psychologische Diagnostik gewöhnlich an Symptomen orientiert und ein Trauma eigentlich in einem Prozessmodell analysiert werden müsste, würden Traumaopfer nicht selten fehldiagnostiziert mit Major-Depression, Angststörungen oder paranoider Schizophrenie beispielsweise (S. 59-60; DeGPT, 2018, Min. 0:00-2:50). Insbesondere im Falle von frühkindlichen Traumatisierungen, an welche sich Betroffene gemäss Deixler nicht erinnern können, erscheint eine Fehldiagnose von Traumaopfern naheliegend (2017, S. 194). Hofmann und Besser vermuten, dass PTBS in Deutschland deutlich unterdiagnostiziert ist, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen (2015, S. 199).

Die PTBS sei die am häufigsten diagnostizierte und bekannteste Traumafolgestörung (Müller, 2021, S. 34; Fischer & Riedesser, 2020, S. 46). Dieses «allgemeine psychotraumatische Belastungssyndrom» beschreibt Symptome, welche sich bei möglichst allen oder zumindest mehreren traumatischen Situationen zeigen (2020, S. 46). Die aufmerksamen Leser*innen werden wohl bemerkt haben, dass Fischer und Riedesser sich vom Begriff «PTBS» distanzieren. Sie schlagen den Begriff «basales psychotraumatisches Belastungssyndrom» vor, anstelle von “PTBS”. Zum einen aufgrund der unpassenden Vorsilbe “*post*”traumatic, welche fälschlicherweise impliziert, das Trauma sei vorbei. Allerdings ist maximal die objektive traumatische Situation vorbei, während das Trauma aber noch wirkt im Menschen, der PTBS diagnostiziert bekommt (S. 50; Müller, 2021, S. 35; Von Hinckeldey & Fischer, 2002, S. 12).

Zum anderen erachten Fischer und Riedesser die Verbindung von Trauma und Stress als problematisch, welche sich aus der wörtlichen englischen Übersetzung «post traumatic Stress Disorder» ableitet. Da Stress typischerweise keine Langzeitschäden verursache, während dies bei Traumata der Fall sei. Hinzu komme, dass in Deutschland während der Nachkriegszeit des Zweiten Weltkrieges der Stressbegriff in Gutachten dazu diente, ein Trauma auszuschliessen, bei Menschen, die in einem Konzentrationslager gefangen gehalten wurden. Daher sei der Begriff im Kontext der Psychotraumatologie vorbelastet (S. 50). Wir entscheiden uns, trotz der berechtigten Einwände dafür, in unserer Arbeit den Begriff «PTBS» zu verwenden. Obwohl eine Begriffsänderung angesichts der erläuterten Bedenken wünschenswert erscheint, möchten wir an der offiziellen Bezeichnung «PTBS» festhalten, damit allfällige Missverständnisse für die Leserschaft vermieden werden können.

Das Verlaufsmodell von psychischen Traumatisierungen von Fischer und Riedesser beginnt mit der «*traumatischen Situation*». In dieser ist die betroffene Person dem potenziell traumatischen Ereignis ausgesetzt und dieses verursacht eine Reizüberflutung, die das Individuum, dessen Selbst- und Weltverständnis bedroht ist, abzuwehren versucht (2020, S. 73 ff.) Anschliessend beginnt die «*postexpositorische Reaktio*n, gewissermassen die Verarbeitungsversuche der traumatischen Situation, welche ihrerseits unterteilt werden kann in Unterphasen (S. 101). Die postexpositorische Reaktion sei oft durch ein Hin und Her zwischen sich aufdrängenden Erinnerungen (Intrusionen) und Verdrängung gekennzeichnet (S. 104). Wenn es dem Individuum gelingt, die traumatische Situation kontrolliert wiederzuerleben und durchzuarbeiten, kommt es zum relativen Abschluss des Zyklus. Dieser ist erkennbar daran, dass das Individuum die traumatische Situation in sein Welt- und Selbstverständnis integrieren konnte und Worte für sein traumatisches Erlebnis gefunden hat. Die postexpositorische Reaktion kann auch unterbrochen werden, wenn das Individuum in Zuständen von Intrusionen oder Verdrängung verharrt, wobei es zum Unterbruch der Verarbeitung kommt. Die postexpositorische Reaktion kann noch einen dritten Ausgang nehmen, in die Phase des *«traumatischen Prozess»* In diesem entspricht das Trauma einer chronischen oder komplexen PTSD, in welcher das Individuum unter dem Fortbestehen der traumatischen Situation leidet. (S. 104-106)
Wir erachten dieses Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung geeignet für die Analyse und Beschreibung von traumatischen Reaktionen auf einmalige Ereignisse. Wie sich im folgenden Kapitel zeigen wird, sind nicht alle psychischen Traumatisierungen auf einzelne Situationen als Auslöser zurückzuführen.
Ein weiterer relevanter Wissensbestand der Psychotraumatologie ist, dass sich Anerkennung von Fehlern, Wiedergutmachung und die Übernahme von Verantwortung durch Verursachende der traumatischen Situation positiv auf die Rehabilitation von Betroffenen auswirke (Fischer & Riedesser, 2020, S. 70; S. 81). Wenn es nicht zur von Betroffenen als gerecht

wahrgenommenen Anerkennung ihres Leides kommt, stagniere der traumatische Verarbeitungsprozess und das Welt- und Selbstverständnis könne sich nicht regenerieren (S. 105).
Die Traumata sollten darüber hinaus immer durch eine vorgängige objektive Situationsanalyse sowie eine anschliessende subjektive Sicht, die Reaktions- und Wahrnehmungsweisen des Individuums analysiert, beurteilt werden. Nur aus dem Zusammenspiel dieser Faktoren könne sich das optimale Verständnis für ein Trauma entwickeln (S. 70-71). Im Folgenden wenden wir uns nun den verschiedenen Traumaformen und Verständnissen zu.

4.3 Differenzielle Psychotraumatologie

Die Differenzielle Psychotraumatologie beschäftigt sich mit den intersituativen und interindividuellen Unterschieden und Eigenschaften, welche sich in der Traumaverabreitung und dem Traumaerleben zeigen (Fischer & Riedesser, 2020, S. 10; Eichenberg & Zimmermann, 2017, S. 12-13). *Interindividuell* bezieht sich dabei auf Differenzen und Dispositionen verschiedener Individuen, während *intersituativ* verschiedene traumatische Situationen und ihre Spezifika meint (Fischer & Riedesser, 2020, S. 151).

4.3.1 Traumaformen

Es gibt die Differenzierung von *traumatischen Einzelschicksalen* und *kollektiven Traumata*. Diese Unterscheidung ist relevant, weil kollektive Traumata tendenziell leichter zu verarbeiten seien als Einzelschicksale. Dies geht nach Deixler darauf zurück, dass das Schicksal geteilt werde und man als betroffene Person daher besser über das Erlebte sprechen könne. Deixler sowie Fischer und Riedesser scheinen kollektive Traumata zu begreifen als traumatische Situationen, welche ein Kollektiv respektive eine Gruppe direkt betreffen, im Folgenden definiert als erste Form kollektiver Traumatisierungen. (Deixler, 2017, S. 193; Fischer & Riedesser, 2020, S. 155)
Langer et al. beleuchten das Konzept kollektiver Traumatisierungen aus einem erweiterten Blickwinkel. Sie referieren verschiedene Auffassungen des kollektiven Traumas. Am wichtigsten erscheint uns die Unterscheidung zwischen erstens *kollektiven Traumata*, bei dem alle Betroffenen dieselbe Gewalterfahrung durchleben *(erste Form)* und zweitens kollektiven Traumata, bei dem sich Menschen mit dem Kollektiv der (einst) benachteiligten Gruppe identifizieren *(zweite Form)*.
Wir möchten dies anhand des Beispiels der Verfolgung von jüdischen Menschen während des Zweiten Weltkrieges veranschaulichen. Die Menschen, welche damals verfolgt und in Konzentrationslagern gefangen gehalten wurden, durchlebten ein kollektives Trauma der ersten Form. Es gibt aber auch verschiedene Verständnisse der kollektiven Traumatisierung zweiter Form, die von einer Traumatisierung der jüdischen Nachkriegsgenerationen bis in die heutige Zeit sprechen. In diesem zweiten Fall sei beispielsweise von historischem, symbolischem oder

kulturellem Trauma die Rede, welche meist medial vermittelt würden und eine indirekte Betroffenheit aufgrund der (kulturellen oder religiösen) Identität zum Ausdruck bringen. Dieses kollektive Trauma der zweiten Form werde durch Diskurse hervorgebracht und sei daher kein "natürliches" Trauma. Wir teilen die Ansicht von Langer et al., dass die Verwendung des Traumabegriffs für kollektive Traumatisierungen der zweiten Form ("narzisstische Kränkungen") unzutreffend erscheint und daher nicht in diesem Kontext verwendet werden sollte (2020, S. 35; S. 39). Ausserdem zeigen sie auf, dass eine öffentliche Traumabearbeitung, die in Form medialer Berichterstattung stattfindet, aus individueller Sicht der Opfer vermutlich nicht zur Heilung beiträgt. Die Berichterstattung der Medien über traumatisierende Situationen führt für die direkt betroffenen Opfer eher zu einer Wiederholung ohne Durcharbeiten, was retraumatisierend wirken könne (S. 36-37). Trotzdem ist die mediale Thematisierung und Sichtbarmachung von Gewaltstrukturen unseres Erachtens wichtig, um politischen Druck aufzubauen, mit dem Endziel traumatisierende Strukturen aus unserer Gesellschaft zu beseitigen. Dafür eigne sich der Begriff "kollektive Traumatisierung", da er massives Unrecht und seine kollektiven Folgen beschreiben könne (S. 39).

Es handelt sich aus unserer Sicht um einen unauflösbaren Konflikt zwischen subjektiven Bedürfnissen von Opfern, die gegen eine mediale Berichterstattung von traumatischen Situationen sprechen und einem präventiven Schutzauftrag gegenüber zukünftig potenziell Betroffenen, der für eine mediale Berichterstattung spricht zugunsten politischen Drucks.

Andrenatta differenziert ebenfalls Traumatypen. Bei ihr ist ein Typ 1 Trauma ausgelöst durch ein *einmaliges Ereignis* und sei typischerweise gut erinnerbar. Eine Typ 2 Traumatisierung sei eine chronifizierte und mehrfache Traumatisierung, welche durch mehr als eine Situation ausgelöst wird. Diese Typ 2 Traumatisierungen werden auch *Polytraumatisierungen* genannt und initiieren eine umfassendere Persönlichkeitsveränderung als die Traumafolgestörung PTBS (2018, S. 81). Diese Unterschiede des Schweregrades würden sich mittlerweile auch neurobiologisch nachweisen lassen (Stermoljan & Fegert, 2014, S. 252). Daher gibt es die Traumafolgestörung "komplexe PTBS", um die Traumafolgestörungen, die sich aus Typ 2 Traumatisierungen entwickeln können zu beschreiben (S. 81; Fischer & Riedesser, 2020, S. 155; WHO, 2022, Kap. 6B41).

Eine Praktikerin erachtet die Unterscheidung von *Mono*- (Typ 1) und *Polytrauma* (Typ 2) als unglücklich und fände es besser, diese nicht zu differenzieren (DeGPT, 2020, Min. 10:15).

Fischer und Riedesser weisen darauf hin, dass Kombinationsformen von Typ 1 und Typ 2 Traumata existieren. Das seien langfristige traumatische Situationen, wie beispielsweise Mobbing, mit hinzukommenden schockartigen Verlusten oder Verletzungen, wie beispielsweise der Tod einer primären Bezugsperson oder Missbrauch. Diese Kombination führt bei Kindern meist zu langanhaltenden pathologischen Gefühlen, die sich auch in der Sehnsucht nach dem unverletzten Zustand zeigen würden. (2020, S. 322)

Wir denken, dass in Anbetracht der Anerkennung solcher Kombinationsformen, eine Differenzierung von Typ 1 und Typ 2 Trauma durchaus sinnvoll ist in der Forschung.

Fischer und Riedesser unterteilen die Polytraumata weiter in *kumulative Traumata* und *sequenzielle Traumata* (2020, S. 155). Wir erläutern diese beiden Traumatypen ausführlich.
Die *kumulativen Traumata* sind typischerweise Beziehungstraumata, welche sich aus mehreren (wenig schwerwiegenden) traumatischen Erfahrungen ergeben. In ihrer Kumulation allerdings zu einer schweren Traumatisierung führen können, da die «Erholungsphase» nie abgeschlossen werden kann (S. 155). Es kann sich im Falle kumulativer Traumata um eine zusammenhängende Situation handeln, beispielsweise Mobbing (S. 405). Konstitutives Merkmal der kumulativen Traumata ist, dass die einzelnen Situationen für sich subtraumatisch sind, also für sich allein keine Traumatisierung auslösen würden, sondern nur durch ihre alltägliche Anhäufung, welche die Erholung unterbrechen (S. 405; S. 155).
Sequenzielle Traumata bezeichnen mehrere traumatische Situationen, welche langfristig eine zusammenhängende Verlaufsgestalt haben und so subjektiv als eine Situation verstanden werden (Fischer & Riedesser, 2020, S. 155). Beispielsweise eine kriegsbedingte Flucht entspricht einer sequenziellen Traumatisierung, wie Müller beispielsweise veranschaulicht (2021, Kap. 3.8). Das Konzept geht ursprünglich auf Keilson zurück und seine Erforschung von jüdischen Waisenkindern während und nach der Zeit ihrer Verfolgung (S. 38; Keilson, 2002). Keilson entdeckt, dass die dritte und letzte Sequenz der Nachkriegsperiode in quantifizierend-statistischen Nachuntersuchungen das soziale Funktionieren der Kinder im Erwachsenenalter treffsicher vorhersagt. Die zweite Sequenz der direkten Verfolgung kann dies nicht (S. 48; S. 57). Keilson schätzt daher die letzte Sequenz als entscheidend für den Traumaverlauf ein. Auch aufgrund dessen, dass Menschen mit unglücklicher zweiter Sequenz und glücklicher dritter Sequenz ein günstigeres Entwicklungsbild zeigen, als Menschen mit glücklicher zweiter Sequenz und unglücklicher dritten Sequenz. (S. 58) Langer et al. schreiben, dass Keilson entdeckte, dass insbesondere die letzte Sequenz ihrer Verfolgung für die endgültige subjektive Beurteilung der Situation entscheidend war (2020, S. 3).
Ausserdem konnte er nachweisen, dass es altersspezifische Unterschiede in der andauernden Persönlichkeitsveränderung durch vergleichbare traumatische Situationen gibt (S. 47; S. 57). Vermutlich aufgrund dessen legt er Wert auf die Berücksichtigung der Entwicklungsstufe des Kindes in der Interpretation und Analyse einer traumatischen Situation (S. 49)
Langer et al. formulieren eine Stärke des sequenziellen Traumakonzeptes, nämlich dass darin die Prozessgestalt von Traumata deutlich werde. Nicht ein einmaliges traumatisches Ereignis beschreibe das Trauma “sondern die längerfristige Abfolge von Ereigniszusammenhängen mit einem komplexen Ineinandergreifen unterschiedlicher traumatischer Sequenzen” (2020, S. 39). Wir möchten hinzufügen, dass dies nicht pauschal für alle Traumata gilt, sondern für die

Polytraumatisierungen insbesondere sequenzielle. Dieses sequenzielle Traumakonzept gehöre zu den psychosozialen Verständnissen von Traumata (Kap. 4).

Langer et al. grenzen die sogenannten «massiv-kumulativen Traumata» nicht von sequenziellen Traumata ab (S. 19). Vermutlich aufgrund dessen, dass Keilson den Begriff «massiv-kumulative Traumata» in seinen Ausführungen zum sequenziellen Traumakonzept verwendet (2002, S. 44). Wir unterscheiden in Anlehnung an Fischer und Riedesser klar zwischen Traumata kumulativer und sequenzieller Art. Anhand dessen, dass kumulative Traumata, keine für sich allein potenziell traumatische Situation aufweisen, während sequenzielle Traumata mindestens eine für sich allein traumatische Situation beinhalten. Wobei festzuhalten ist, dass die beiden Traumatypen auch ineinandergreifen können. (2020, S. 155)

4.3.2 Psychosoziales Traumaverständnis

Die sequenziellen Traumatisierungen gehören zum psychosozialen Verständnis von Traumata, welches insbesondere vom sozialarbeiterischen Standpunkt aus betrachtet, passend scheint. Es setzt den Fokus auf die Psyche und das soziale Umfeld zugleich. Da die Soziale Arbeit nach *AvenirSocial* dazu verpflichtet ist, gesellschaftliche und sozialpolitische Verbesserungen zu befördern, Menschenrechte zu schützen sowie Wissen über soziale Probleme nutzbar zu machen (2010, S. 14). Darin wird deutlich, dass die Soziale Arbeit ganz direkt mit psychologischen Traumatisierungen zu tun hat.

Langer et al. schreiben, dass das psychosoziale Traumaverständnis gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen einbeziehe und Trauma als psychosozialen Prozess betrachte (2020, S. 17). Es ersetzt die klinische Sicht auf Trauma nicht, aber erweitert das symptomorientierte Verständnis von Trauma. Trauma als psychosozialer Prozess ist demnach immer eine Vermischung von Individuellem und Gesellschaftlichem (Vorurteile, Gewaltverhältnisse und Tabus), da es die menschen-geschaffenen Traumatisierungen betrachtet (S. 17). Dazu findet sich mehrfach die Aussage, dass durch Mitmenschen zugefügtes Leid schwerer zu verarbeiten sei als naturgeschaffene Katastrophen (Fischer & Riedesser, 2020, S. 81 & S. 86; Andernatta, 2018, S. 81). Wälte erläutert eine Metaanalyse an Kindern und Jugendlichen, welche eine mehr als doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit für eine PTBS, nach durch Menschen verursachten, traumatischen Ereignissen im Vergleich zu naturgeschaffenen Katastrophen belegen konnte (2019, S. 173).

Die Stärke des psychosozialen Traumaverständnisses liegt unseres Erachtens darin, dass die Lösung für das Leiden nicht nur in der individuellen Behandlung der Betroffenen gesucht wird, sondern auch in der Beseitigung von “traumatogenen Strukturen und Bedingungen” (Langer et al. 2020, S. 18). Ein historisches Paradebeispiel für eine extrem traumatogene Struktur sind die Konzentrationslager des Zweiten Weltkrieges. Wir finden, dass sich darin besonders deutlich zeigt, dass eine Behandlung der individuellen Traumata nicht immer ausreicht, sondern

die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geändert werden müssen, da sie der Wurzel der individuellen Traumata entsprechen.

Die gesellschaftlichen Bedingungen, die psychologische Traumata auslösen, wurden lange ausgeblendet und die Zuständigkeit für die Traumata liege noch immer mehrheitlich bei der Medizin, Psychotherapie und Psychiatrie. Die Soziale Arbeit kann unseres Erachtens das psychosoziale Verständnis von Trauma verbreiten und durch dieses Konzept ihre professionellen Verpflichtungen umsetzen. Allerdings ist es kritisch, dass dieses Verständnis von Trauma noch unscharf ist und an einer kausalen Wirkweise festhält. Damit ist gemeint, dass vernachlässigt wird, dass die gesellschaftlichen Bedingungen nicht nach dem Wenn-Dann-Prinzip funktionieren und dieselbe Situation nicht dieselbe Wirkung auf Individuen hat. Die Unschärfe wird darin deutlich, dass das psychosoziale Traumaverständnis unterschiedlich ausgelegt wird und einige Autor*innen alltägliche Stressoren mit dem Traumabegriff verknüpfen wollen. Dies ist unseres Erachtens unglücklich, da Stressoren klar zu unterscheiden sind von traumatischen Situationen und durch eine Gleichsetzung wird die politische Wirkkraft des Traumabegriffs verringert. Wichtig ist uns auch festzuhalten, dass das psychosoziale Verständnis von Trauma nicht ausreicht, um psychische Traumatisierungen zu verstehen. (S. 23)

4.3.3 Symptome von Traumafolgestörungen

Der Symptomkatalog des ICD-11 und derjenige des DSM-5 unterscheiden sich leicht für die PTBS. Um einen Eindruck zu erhalten von der Mannigfaltigkeit der Symptome, die auf individueller Ebene durch traumatische Situationen ausgelöst werden können, erläutern wir diese. Diagnostiziert wird die PTBS nur, wenn eine Vielzahl dieser Symptome vorliegen und nicht durch andere Störungsbilder erklärt werden können, da die Mehrheit der folgenden Symptome Ausdruck zahlreicher psychischer Erkrankungen sein können. Durch die unspezifischen Symptome ist eine Betrachtung der Krankheitsentstehung und deren Ursachen unabdingbar. Intrusionssymptome, wie *wiederholte belastende Erinnerungen* und Träume über die traumatische Situation und damit verbundene Emotionen, müssen vorliegen. Dazu gehören auch dissoziative Symptome wie sogenannte *Flashbacks*, bei denen Betroffene das Trauma wiedererleben, während es sich real anfühlt, bis zum Wahrnehmungsverlust der aktuellen Umwelt. Auch körperlich und psychisch belastende *Reaktionen auf Triggerreize*, gehören zu den Intrusionssymptomen. (Fischer & Riedesser, 2020, S. 47-47; WHO, 2022, Kap. 6B40)

Ein *Triggerreiz* sei ein Umwelteinfluss, welcher eine traumatisierte Person unbewusst an ihr traumatisches Erlebnis erinnert und plötzliche Stimmungswechsel wie beispielsweise Angst, Erstarren, Trauer oder den Verlust des Körpergefühls auslösen können. Triggerreize können beispielsweise Gerüche, Orte oder Themen sein. Triggerreiz und Trigger werden in der Fachliteratur sowie auch in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet. (Deixler, 2017, S. 198)

Weitere Symptome der PTSB des DSM-5 und des ICD-11 sind die *Vermeidung von Reizen,* die mit dem Trauma in Verbindung stehen, sowohl interne Reize wie Gefühle und Gedanken, als auch externe Reize wie Orte oder Personen. Hinzu kommen *Gedächtnisstörungen* in Bezug auf wichtige Aspekte des Traumas, anhaltende *negative generalisierende Gedanken* und Emotionen zu sich selbst und der Welt sowie *sozialer Rückzug.* Übertriebene *Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und Aggressivität* gehören zu den Symptomen der erhöhten Erregbarkeit. (Fischer & Riedesser, 2020, S. 47; WHO, 2022, Kap. 6B40)
Im ICD-11 sind ausserdem psychosomatische Beschwerden, exzessiver *Substanzmissbrauch, Angst und Panik sowie Selbstmordgedanken* beschrieben (WHO, 2022, Kap. 6B40). Während im DSM-5 *kognitive Verzerrungen* zu Ursachen und Folgen des Traumas in Verbindung mit Selbst- und Fremdvorwürfen hinzukommen sowie *selbstzerstörerische Verhaltensweisen, Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen* (Fischer & Riedesser, 2020, S. 47-47).

Es gibt noch weitere Traumafolgestörungen, die allerdings oft eine nachrangige Rolle spielen, sowohl im öffentlichen als auch im wissenschaftlichen Diskurs. Beispielsweise die *dissoziative Identitätsstörung*, welche nur im Falle von extremen Traumatisierungen und dissoziativen Reaktionen, wie Persönlichkeitsspaltung und Gedächtnisstörungen diagnostiziert wird (S. 56). Die *akute Belastungsstörung* beschreibt die Reaktion auf ein traumatisches Ereignis in den ersten 3-30 Tagen nach dem Ereignis und weist nahezu dieselben Symptome auf wie die PTBS (S. 56-57). Hinzu kommt die *chronische oder akute Anpassungsstörung*, die eine leidvolle Überforderung infolge eines bestimmten Belastungsfaktors ist (S. 58).
Wir verzichten an dieser Stelle auf weitere Ausführungen zu den mannigfaltigen Traumafolgestörungen. Da wir eine prozesshafte Betrachtungsweise ohnehin sinnvoller finden als eine Symptomorientierung, die sich auf einen Moment des Traumaprozesses fokussiert. Insbesondere Traumatisierungen in der Entwicklung eines Kindes seien durch eine Momentaufnahme unzureichend beschrieben und erfasst, da sie die Komplexität traumatischer Prozesse drastisch reduzieren (Endres & Moisl, 2002, S. 17). Ausserdem sei es insbesondere bei Traumatisierungen in der Entwicklung eines Kindes, welchen wir uns im Folgenden zuwenden, nahezu unmöglich generalisierende Aussagen über die Auswirkungen von Trauma zu treffen (S. 18).

4.4 Kindheitstraumata

Kindheitstrauma sind ein Teilgebiet der Speziellen Psychotraumatologie. Deren Teilgebiete befassen sich alle mit einer Art potenziell traumatischer Situation (Fischer & Riedesser, 2020, S. 10; Eichenberg & Zimmermann, 2017, S. 13).
Einige Teilgebiete der Speziellen Psychotraumatologie haben bereits eigene Syndrome hervorgebracht, wie beispielsweise das KZ-Syndrom (Fischer & Riedesser, 2020, S. 46). Das KZ-

Syndrom bezeichnet die Traumafolgestörung von Menschen, die in einem Konzentrationslager gefangen gehalten wurden, als eine spezielle PTBS. Die situationstypische Ausformulierung der psychischen Traumata ist relevant für die Entschädigung von Leidtragenden und kann zu einem tieferen Verständnis für Betroffene sowie auch zu qualitativ hochwertiger Hilfe beitragen (S. 66; S. 284).
Kindheitstraumata sind traumatische Situationen im Kindesalter. Fischer und Riedesser schreiben, insbesondere die Kindheitstraumata, seien lange Zeit vernachlässigt und bisher wenig erforscht worden (S. 320). Trotzdem stellen wir fest, dass es zu Kindheitstrauma weitaus mehr Literatur gibt als zu anderen Gebieten der Speziellen Psychotraumatologie.

Eine Regel von Fischer und Riedesser ist, dass je früher ein Missbrauch stattfindet, desto schwerer wiege das daraus resultierende Trauma (2020, S. 347). Diepold generalisiert diese Regel auf alle Formen von traumatischen Situationen (2002, S. 133). Auch Hüther meint, je jünger ein Kind ist, desto tiefgehender und nachhaltiger sind die neuronalen Veränderungen durch unkontrollierbare Stressreaktionen respektive traumatische Situationen (2015, S. 10).
Allerdings sei beispielsweise Anna Freud der Ansicht, dass erst ab einer bestimmten Entwicklungsstufe von psychischen Traumatisierungen die Rede sein sollte (Diepold, 2002, S. 132). Diepold setzt dieser Ansicht eine altersspezifische Traumabetrachtung entgegen und argumentiert, dass ein Kind während der ersten Lebensmonate eine traumatische Situation nicht verdrängen könne, da Strukturen, um die Situation zu verarbeiten, fehlen würden. Dies führe zu diffusen Spannungen und primitiven Generalisierungen, die als Mangel an Urvertrauen beschrieben werden können, da positive Beziehungserfahrungen verunmöglicht würden.
Küchenhoff spreche in diesem Zusammenhang auch von «*traumatischer Identität(-sbildung)*», da frühe Traumata nicht wie bei Erwachsenen einen Fremdkörper darstellen würden, sondern die gesamte Welt des Kindes ausmachen würden. Anders ausgedrückt kommt es zu einer abweichenden Entwicklung sowohl im Sozialen als auch Emotionalen durch die fehlenden Fähigkeiten des Kindes, die traumatische Situation sprachlich zu repräsentieren und zu verarbeiten. (S. 133)
Fischer und Riedesser sagen, dass Kinder erst im Alter von 7 Jahren die Fähigkeit erlangen können, psychische Abläufe kognitiv zu erfassen und indessen auch seelische Verletzungen (2020, S. 85). Dies bedeutet aber nicht, dass das Kind vorher nicht traumatisiert werden kann. Bei Kindheitstraumata müsse speziell beachtet werden, dass das Selbst- und Weltverständnis bereits in seiner Ausbildung erschüttert wird. Ausserdem ist das kognitive Verständnis eines Kindes noch begrenzt. Kinder neigen zu konkretistischem Denken, was bedeutet, dass ihnen Oberbegriffe fehlen und sie daher nur die anschauliche Wirklichkeit beschreiben können. Ausserdem neigen sie stärker als Erwachsene dazu, Ereignisse persönlich zu attribuieren, folglich werden die Ursachen für äussere Ereignisse häufig sich selbst zugeschrieben. Beispielsweise

könnte ein Kind die Ursache für einen Sturm darin sehen, dass es nicht aufgegessen hat (S. 326).

In einem Therapiebeispiel Diepolds sei eine gesunde Entwicklung eines frühkindlich traumatisierten Kindes dadurch ermöglicht worden, dass das Kind der traumatischen Situation eine Wortgestalt verleihen konnte und diese infolgedessen in der Vergangenheit verordnen konnte (S. 140). Nicht nur bei frühkindlichen Traumata sei es hilfreich für die Verarbeitung, wenn Betroffene eine Narration, also Worte zur Beschreibung des Erlebten, finden würden (Fischer & Riedesser, 2020, S. 105; Langer et al., 2020, S. 22). Bründl macht neben der kommunikativen Traumaverarbeitung auch auf die symbolisch-künstlerische Weise aufmerksam, das Trauma zu teilen, welche ebenfalls eine heilsame Wirkung entfalten könne. Dies kann beispielsweise auf musikalische oder bildnerische Weise sein (2002, S. 172).
Es gibt gemäss Diepold eine ganze Bandbreite von Symptomen, welche durch frühkindliche Traumata ausgelöst werden können und zwei typische Reaktionsweisen. Diese seien aggressiv-destruktives Verhalten und erstarrt-depressives Verhalten. (2002, S. 135-136).
Langanhaltende Typ 2 Traumatisierungen bei Kindern würden eine Art der Selbsthypnose als Schutzmechanismus ihrer selbst entwickeln, welche sich bei Typ 1 Traumata nicht zeigen würden. Die typischen Folgen seien extreme Anästhesie (Gefühlslosigkeit oder Wahrnehmungslosigkeit) oder Distanzierung, welche als Vorläufer einer dissoziativen Identitätsstörung wirken können (Fischer & Riedesser, 2020, S. 322).
Hofmann und Besser machen auf deutliche Unterschiede einer kindlichen PTBS zu einer von Erwachsenen aufmerksam, welche die “American Association for Child and Adolescent Psychiatry” publiziert. Bereits ein Symptom der PTBS sei demnach ausreichend für eine Diagnose bei einer Alltagsbeeinträchtigung des Kindes. Ausserdem erschweren (Teil-)Amnesien das Erkennen der auslösenden Situation, was die Verknüpfung komorbider Störungen im Jugendalter mit der traumatischen Situation erschwere. (2015, S. 174-175)
Grundsätzlich können vergangene Ereignisse im Lebensverlauf umgedeutet werden, durch neue Erfahrungen, Wissen und Überzeugungen, die ein Individuum entwickelt und erlernt. Besonders stark zeige sich dies bei Kindern, die in neue Entwicklungsstufen und Bedeutungshorizonte übertreten, wie beispielsweise die Einschulung oder Pubertät. Dann können alte Ereignisse eine neue Bedeutung bekommen, durch das Individuum selbst oder sein Umfeld und das Ereignis entfalte indessen eine andere psychische Wirkung. Dieses psychoanalytische Konzept der Nachträglichkeit zeige nochmals deutlich auf, dass die Fokussierung von Trauma auf eine einzelne traumatische Situation unsinnig sei (Müller, 2021, S. 47-48). Endres und Moisl schreiben, dass dieses *Nachträglichkeitsprinzip* durch die Gedächtnisforschung bestätigt sei und zu lebenslangen Auswirkungen von Kindheits- und Jugendtrauma führe. Typischerweise in der jugendlichen Entwicklungsaufgabe der Ausbildung der Geschlechtsidentität kön-

nen (früh)kindliche traumatische Situationen wieder hervortreten und zu einer krisenhaften Entwicklung führen. (2002, S. 25) Auch Bründl zeigt anhand eines Fallbeispiels aus der Therapie ausführlich auf, dass durch den Verlust des kindlichen Körpers in der Pubertät Überreste kindlicher Traumata wieder wirkmächtiger werden können (2002, S. 187).

Hüther beschäftigt sich unter anderem mit den neuronal messbaren Veränderungen im kindlichen Gehirn, die durch traumatische Ereignisse bedingt werden. In diesem Abschnitt werden wir seine Ausführungen zum Einfluss traumatischer Situationen auf Kinder referieren und verzichten der Verständlichkeit willen auf indirekte Rede. Normalerweise führen kontrollierbare Stressreaktionen, die aus dem Kind heraus oder durch seine Umwelt initiiert werden können, im Gehirn zu optimierten und effizienten Verbindungen (2015, S. 97). Wir benötigen aus neurobiologischer Sicht kontrollierbare Belastungssituationen, um an ihnen zu wachsen und die Komplexität unseres Gehirns nutzen zu können. Interessant ist indessen, dass auch Hüther die subjektive Bewertung der Stressreaktion als entscheidenden Faktor sieht, ob eine Stressreaktion kontrollierbar oder unkontrollierbar ist. (S. 98)
Wenn das Kind in eine unkontrollierbare Stressreaktion gerät, wird unter anderem Kortisol ausgeschüttet und die daraus resultierenden Konsequenzen sind destruktiver und schwerwiegender als die bei einer kontrollierbaren Stressreaktion. Es kommt zu Destabilisierung bestehender neuronaler Verbindungen, was unerlässlich ist, um verändertes Denken, Fühlen und Handeln zu ermöglichen. (S. 99)
Kontrollierbare Stressreaktionen, respektive Herausforderungen, führen im Gehirn zu Spezialisierung und effizienten Verbindungen. Während die unkontrollierbare Stressreaktion Verbindungen destabilisiert, was einige Stresssituationen lösen kann. Allerdings kann es auch zum Verlust wichtiger erworbener Fähigkeiten kommen. (S.100)
Wenn sich eine Stressreaktion langsam anbahnt, ist die Wahrscheinlichkeit der erfolgreichen Bewältigung höher als bei plötzlichen und unerwarteten Stresssituationen, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit irreversibler Schäden einhergehen (S. 101-102). Im Extremfall der traumatischen Situation brechen mindestens Teile des Gehirns, des Hormonsystems und des Immunsystems zusammen, was verschiedene physische und psychische Störungen auslösen kann oder bis zum Tod führen kann (S. 102). Durch schwere psychische Traumata ist die Entwicklung des Kindes zwangsläufig verändert und es kann zu vielfältigen sozialen, emotionalen oder körperlichen Störungen kommen (S. 103).

Kinder verarbeiten Traumatisierungen oft im "*repetitiven Spiel*", indem sie Teile der traumatischen Situation in automatisiertem Verhalten wiederholen. Dies sei als Fortschritt zu bewerten und zeige, dass das Kind die Erfahrung besser in sein Welt- und Selbstverständnis integrieren könne (Riedesser, 2015, S. 169). Auch Fischer und Riedesser schreiben über das "(post)trau-

matische Spiel", dieser Begriff wird synonym zum "repetitiven Spiel" verwendet. Oft können darin Interventionsfantasien des Kindes zum Ausdruck kommen, die einen Unterbruch der traumatischen Situation hätten herbeiführen können. Es sei empfehlenswert, Kinder in der kreativen, spielerischen und altersgemässen Lösungssuche zu unterstützen, da daraus Vertrauen und Gefühle der Kontrolle wiedererlangt werden können. (2020, S. 330)

Diepold bezeichnet die Kreativität der Kinder als entscheidende Kraft in der psychoanalytischen Behandlung und meint damit die Fähigkeit zu diesem spielerischen Verarbeiten. Das traumatisierte Kind solle dabei Ressigeur*in sein und Therapeut*innen sollen seinen Inszenierungen im Spiel folgen (2002, S. 140). Im DSM-5 gehört dieses wiederholte Spielen für Kinder unter 6 Jahren zu den Intrusionssymptomen (S. 46). Wir halten fest, dass Kindheitstraumata nicht gleichgesetzt werden sollten mir psychischen Traumata von Erwachsenen.

4.4.1 Bindung und Kindheitstrauma

Brisch und Hellbrügge schreiben, dass Bowlbys Bindungstheorie die Wichtigkeit der Beziehung zu den primären Bezugspersonen in der Kindheit postuliert. Eine "sichere emotionale Basis" sei ein Schutzfaktor für eine gesunde Entwicklung. Ein zentraler psychopathologischer Faktor der Bindungsentwicklung seien traumatische Erfahrungen (2015, S. 7). Daher seien die Bindungstheorie und die Psychotraumatologie sich ergänzende und überschneidende Gebiete. Jedes Trauma könne problematisch sein für die "sichere emotionale Basis", insbesondere dann, wenn das Trauma durch primäre Bezugspersonen ausgelöst wird (S. 8).

Brisch erläutert ausführlicher, dass primäre Bezugspersonen, die ablehnend, unvorhersehbar oder widersprüchlich auf die Bedürfnisse des Kindes nach Nähe reagieren, zur Entwicklung ungünstiger Bindungstypen führen. Der Bindungstyp entspreche dabei einem "inneren Arbeitsmodell der Bindung", welches das Kind später auf alle Beziehungen übertragen wird. Wenn das Kind eine sichere emotionale Basis entwickeln kann, wird es dadurch resilient respektive widerstandsfähig gegenüber traumatischen Erfahrungen und auch anderen Herausforderungen des Lebens (2015, S. 106). Traumatisierte Eltern wären mit höherer Wahrscheinlichkeit unfähig, ihren Kindern eine sichere emotionale Basis zu bieten (S. 107). Wenn Kinder in den ersten Lebensjahren langfristige traumatische Erfahrungen machen, führe dies zu Bindungsstörungen (S. 108), welche sich in einer Fragmentierung oder Zerstörung des inneren Arbeitsmodells für Beziehungen äussern (S. 109).

Die bewusste Verleugnung oder Tabuisierung traumatischer Erfahrungen von Kindern durch ihre Bezugspersonen, könne die Traumaverarbeitung verunmöglichen. Oft geschehe dies zum Selbstschutz der Eltern oder um das Kind zu schützen. Allerdings fördere dies einen ungünstig verlaufenden traumatischen Prozess. (S. 110)

Müller berichtet vor dem Hintergrund der Psychoanalyse und weist darauf hin, dass Traumata insbesondere bei Kindern, nicht ohne Einbezug der Beziehungsqualität zu den primären Be-

zugspersonen beurteilt werden können. Da die primären Bezugspersonen häufig involviert seien in die traumatische Situation, beispielsweise auch passiv durch Verschweigen und ihrer Haltung sowie ihrer Gefühle, können sie das Kind stark beeinflussen. (2021, S. 26)

Traumata, die durch primäre Bezugspersonen ausgelöst werden oder auch nur in einem Zusammenhang zu ihnen stehen, wiegen besonders schwer für Kinder (Deixler, 2017, S. 195). Auch Hüther, weist auf Vertrauensverluste von Kindern hin, die durch primäre Bezugspersonen traumatisiert wurden, welche schwerer und tiefgehender sind als von Kindern, die durch weniger nahestehende Personen traumatisiert wurden (2015. S. 102). Dies sei darauf zurückzuführen, dass sichere Bindungen an primäre Bezugspersonen einen bedeutenden Schutzfaktor gegen psychische Traumatisierungen darstellen (Fischer & Riedesser, 2020, S. 70; Müller, 2021, S. 26). Auf diesen Schutzfaktor eines intakten Familienlebens geht die Unterscheidung zwischen inner- und ausserfamiliären Traumata zurück, die zu den relevanten objektiven Situationsfaktoren von Kindheitstrauma zählt. Ein ausserfamiliäres Trauma wiege demnach weniger schwerer als ein innerfamiliäres Trauma, bei dem die primären Bezugspersonen gefährlich für das Kind sind. (Fischer & Riedesser, 2020, S. 329; Brisch, 2015, S. 110)

4.5 Lebensbedrohliche Erkrankung als traumatische Situation

Fischer und Riedesser zählen zu den lebensbedrohlichen Erkrankungen auch “Störungen, die eine dauerhafte Behinderung oder Entstellung erwarten lassen” und stellen sie gemeinsam als ein Teilgebiet der Psychotraumatologie vor (2020, S. 399). Allerdings beziehen sich Ausführungen dazu mehrheitlich direkt auf lebensbedrohliche Krankheiten oder zumindest subjektiv lebensbedrohlich wahrgenommene Krankheiten und nicht direkt auf Behinderungen (Kap. 13). Daraus schliessen wir, dass es kaum Forschung gibt, welche sich mit Behinderungen und Entstellungen als traumatische Situationen auseinandersetzt, was unsere Recherche bestätigt.

Fischer und Riedesser erläutern, es könne zu einer Abspaltung vom eigenen Körper kommen oder der Körper könne als äusserer Feind wahrgenommen werden. Diese Schutzmechanismen sollten nicht hinterfragt werden, ausser wenn die Verleugnung der Krankheit die Genesung gefährdet. Die Diagnosemitteilung sollte empathisch und nicht überfallartig geschehen. Die Notwendigkeit dessen und Wichtigkeit der Diagnosemitteilung zeige sich an Personen, die falsche Diagnosen erhielten, welche revidiert werden, aber trotzdem längerfristig PTBS-Symptome zeigen. (S. 398)

Subjektiv würden viele Erkrankungen oder dauerhafte Behinderungen persönlich attribuiert, folglich geben sich Betroffene oft selbst die Schuld dafür. Im Falle von Religiosität könne die Krankheit auch als Strafe Gottes angesehen werden. Bei infausten Prognosen könne einzig eine relativ positive Bedeutungszuschreibung Betroffenen helfen, worin sie unterstützt werden sollten. (S. 399)

Menschen hätten die nachvollziehbare und nützliche Fähigkeit, sich vom eigenen Körper oder den kranken Selbstanteilen zu distanzieren, eine Art dissoziativer Schutzmechanismus. So könne die Abhängigkeit vom eigenen Körper überwunden werden. (S. 401)
Die konstante Begleitung durch eine zuständige Fachperson im ganzen Prozess von der Diagnosemitteilung bis zum Behandlungsabschluss könne Traumatisierungen vorbeugen (S. 420).

4.6 Frühkindliche Erkrankungen

Wir werfen nun einen Blick auf die spezifische traumatische Situation einer Erkrankung im Kindesalter. Riedesser stellt mögliche Ursachen für Traumatisierungen nach ihrem Schweregrad geordnet vor. Seines Erachtens weisen Katastrophen innerhalb der Familie, wie beispielsweise schwere eigene Erkrankungen oder innerfamiliärer Missbrauch, das höchste Traumatisierungspotenzial für Kinder auf. (2015, S. 161)
Wir sind der Ansicht, dass eine eigene schwere Erkrankung nicht per se dieser Kategorie der Familienkatastrophen zugeordnet werden kann, sondern der Definition einer weniger schwerwiegenden Naturkatastrophe gleicht. Aufgrund dessen, dass die Krankheit an sich normalerweise nicht dem durch Menschen hervorgerufenen Leiden entspricht. Folglich gehört eine eigene Erkrankung unseres Erachtens nicht eindeutig in die Kategorie der durch Menschen herbeigeführten Leiden und wiegt demnach an sich weniger schwer als andere traumatische Situationen (Fischer & Riedesser, 2020, S. 87; Andernatta, 2018, S. 81). Hinzuzufügen ist allerdings, dass kindliche Erkrankungen oder Behinderungen, die direkt durch die Eltern bedingt sind, existieren und beispielsweise aufgrund von Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft oder durch starke Vernachlässigung der elementaren kindlichen Bedürfnisse entstehen. Allerdings kann auch eine naturbedingte Erkrankung zweifellos zu Leiden führen, die durch Menschen verursacht werden, insbesondere in der subjektiven Wahrnehmung von Kleinkindern. Dies zeigen Fallbeispiele von Hofmann und Besser auf, die Operationen an Kleinkindern als traumatische Situationen beschreiben (2015, S. 179; 181).
Riedesser macht auf die traumatische Situation hospitalisierter Kleinkinder aufmerksam, welche sich aus der Unterstimulation in stationären Aufenthalten ergeben kann. Neben der Überforderung durch Schmerzen und der Bedrohung des Körperbildes sei ausserdem die Trennung von den Bezugspersonen potenziell traumatisch, da sich das Kleinkind dadurch im Stich gelassen fühle. Die Verluste der positiven Körperwahrnehmung sowie des Vertrauens in Bezugspersonen können aus der Hospitalisierung resultieren. Ausserdem würden Überfälle diagnostischer oder therapeutischer Art auf Kleinkinder (auch in Abwesenheit der Bezugspersonen) noch immer ein Problem in Kliniken darstellen. (2015, S. 165)
Unter Anbetracht dieser Ausführungen weisen wir darauf hin, dass eine eigene Erkrankung nicht pauschal in die durch Menschen herbeigeführten traumatischen Situationen oder die Na-

turkatastrophen eingeordnet werden kann. Die subjektive Sicht Betroffener muss dafür beachtet werden, die durch das Entwicklungsalter, die Unterstützung durch Professionelle und Bezugspersonen sowie die Form der Behandlung (ambulant oder stationär) stark beeinflusst ist.

Brisch schreibt aus bindungstheoretischer Sicht über die elementaren Bedürfnisse von Säuglingen. Dazu gehöre auch der Schutz vor Verletzungen, der bei seiner Abwesenheit zu einer schweren Beeinträchtigung des Körpererlebens führe. (2015, S. 113). Wir glauben nicht, dass eine Beeinträchtigung zwangsläufig entsteht durch jede Form der Verletzung. Allerdings zeigen Brischs Ausführungen, dass Verletzungen des frühkindlichen Körpers, schwere Beeinträchtigungen nach sich ziehen können.
Das «National Child Traumatic Stress Network» beschreibt das medizinische Trauma als psychische sowie physische Antwort von Kindern auf Schmerzen, Verletzungen, schwere Krankheiten und beängstigende, medizinische Behandlungserfahrungen (n.d., Kap. Medical Trauma). Die objektive Schwere der Eingriffe sei weniger bedeutend für die Folgen als die subjektive Bedeutungszuschreibung des Kindes. Oft seien die Reaktionen auf Behandlungen nicht pathologisch, nur eine Minderheit nämlich 15-25% der Kinder würden langanhaltende, traumatische Reaktionen zeigen, welche ihr Leben beeinträchtigen (Kap. Effects).
Bevor wir uns einer Einordnung der GEKO in die Psychotraumatologie widmen, machen wir einen Exkurs zum Traumagedächtnis im folgenden Kapitel.

4.7 Diskus zum Traumagedächtnis und Scheinerinnerungen

Wir beziehen uns in diesem Kapitel auf Konflikte zwischen den Gebieten der Aussagenpsychologie und der Psychotraumatologie und gehen der Frage nach, ob sich “Erinnerungen an traumatische Ereignisse” (EatE; siehe Abkürzungsverzeichnis) von anderen Erinnerungsprozessen unterscheiden. Es gibt viel Literatur zu den Debatten über EatE und wir können nur beispielhaft die widerstreitenden Positionen aufzeigen. Es seien unüberwindbare Differenzen zwischen verschiedenen Ansichten hinsichtlich der Prävalenz, Reliabilität und Validität von wiederkehrenden EatE (Von Hinckeldey & Fischer, 2002, S. 116). *Wiederkehrende Erinnerungen* sind im Gegensatz zu kontinuierlichen Erinnerungen, solche die über einige Zeit nicht bewusst zugänglich waren oder vergessen wurden und mutmasslich meist keinen Realitätsbezug aufweisen würden (Steller, 2019, S. 74). Wenn diese wiederkehrenden Erinnerungen keinen Realitätsbezug aufweisen, also fiktiv sind, werden sie als *Scheinerinnerunge*n bezeichnet (S. 75).
Spiegel et al. beschreibt die zwei Lager treffend als «*Fantasy Modell*» (FM; siehe Abkürzungsverzeichnis) der Aussagenpsychologie sowie das «*Trauma Modell*» (TM; siehe Abkürzungsverzeichnis), welches die Psychotraumatologie postuliert. Das FM geht davon aus, das wiederkehrende Erinnerungen mit hoher Wahrscheinlichkeit Scheinerinnerungen sind. Dem ent-

gegen postuliert das TM, dass traumabedingte Gedächtnisstörungen zu wiederkehrenden Erinnerungen führen und diese durch dissoziative Amnesien, Verdrängung oder Dissoziation erklärbar sind und meist einen Realitätsbezug aufweisen (2014, S. 911; 916).

Es gebe Extremmeinungen von Fachleuten, die beispielsweise sagen, dass Scheinerinnerungen nicht existieren würden (Steller, 2019, S. 74) oder auch postulieren, alle wiederkehrenden Erinnerungen seien Scheinerinnerungen (Von Hinckeldey & Fischer, 2002, S. 120). Doch die meisten ernstzunehmenden Fachleute sind sich mittlerweile zumindest in dem Punkt einig, dass sowohl Scheinerinnerungen als auch traumabedingte Gedächtnisstörungen, welche zu genuinen wiederkehrenden Erinnerungen führen können, existieren (Spiegel et al., 2014, S. 914; Steller, 2019, S. 82). Wir sind der Ansicht, dass die Existenz von Scheinerinnerungen und genuinen, respektive wahren EatE, nicht bestritten werden kann. Wir möchten diese Debatte benennen und können im Rahmen dieser Arbeit nicht die gesamte Literatur zum Thema darlegen und somit nicht zu einer fundierten Meinung zu allen konkurrierenden Ansichten kommen. Unser Ziel dieses Kapitels ist es, relevante Wissensbestände, die gegen die Psychotraumatologie sprechen, zu verstehen und Inhalte für die Beantwortung unserer Fragestellung nutzbar zu machen.

Beginnend stellen wir oberflächlich den Konsens der klinischen Psychologie betreffend EatE vor. Beide Diagnosemanuale psychischer Störungen halten die möglichen Gedächtnisstörungen fest, welche sich aufgrund traumatischer Situationen entwickeln können. Das ICD-11 allerdings nur innerhalb der Abgrenzung zu anderen Störungsbildern (WHO, 2022, Kap. 6B40), während im DSM-5 die *dissoziative Amnesie* ein konstitutives Symptom der PTBS darstellt. Diese sei dadurch gekennzeichnet, dass sich Betroffene nicht an wichtige Aspekte des Traumas erinnern. (Fischer & Riedesser, 2020, S. 47)

Dissoziative Amnesie wird mit dem psychisch bedingten Vergessen von persönlichen Informationen und traumatischen Ereignissen verbunden (MSD Schweiz, 2021). Den Betroffenen seien die Gedächtnislücken nicht immer bewusst und das Vergessen sowie das Erinnern könne auch lange Zeit nach einem traumatischen Ereignis auftreten (Kap. Symptome der dissoziativen Amnesie; Von Hinckeldey & Fischer, 2002, S. 34-35). Die Prognose sei gut, dass durch Therapie (z.B. Hypnose) die Erinnerungen wiedererlangt werden können. Allerdings wird auch darauf hingewiesen, dass dadurch Scheinerinnerungen generiert werden können und Patient*innenberichte nicht zwangsläufig der Wahrheit entsprechen. (MSD Schweiz, 2021, Kap. Behandlung der dissoziativen Amnesie). Bering, Krefeld und Zurek bezeichnen eine PTBS grundsätzlich als spezifische Gedächtnisstörung (2016, S. 42).

4.7.1 Ätiologie von traumabedingten Gedächtnisstörungen

Im wissenschaftlichen Diskurs bestehen seit über einem Jahrhundert gegensätzliche Meinungen zu traumatischen Gedächtnisinhalten und deren Ätiologie. Als erste Konfliktparteien kön-

nen unseres Erachtens Pierre Janet und Sigmund Freud hervorgehoben werden (Von Hinckeldey und Fischer, 2002, Kap. 15). In seinen späteren Schriften hielt Freud die EatE vorwiegend für einen Ausdruck verdrängter Vorstellungen und Wünsche («affektbesetzte Fiktionen»), die wir als Vorläufer der Scheinerinnerungen einordnen (S. 18-19; Müller, 2021, S. 22).

Janet war der Ansicht, dass EatE nicht bewusst zugänglich seien, was auf den Mechanismus der Dissoziation zurückgeht. Ausserdem postuliert er die Existenz von einem spezifischen Traumagedächtnis (Von Hinckeldey & Fischer, 2002, S. 15-18). Bis heute konnte hinsichtlich der Ätiologie der traumabedingten Gedächtnisstörungen kein wissenschaftlicher Konsens gefunden werden (Kap. 4.1.1). Auch die Frage, ob traumabedingte Gedächtnisstörungen auf ein spezifisches Traumagedächtnis zurückzuführen sind oder durch gewöhnliche Gedächtnisprozesse erklärt werden können, ist nach wie vor umstritten und bedürfe weiterer Forschung (Von Hinckeldey & Fischer, 2002, S. 111 & S. 116).

Die Existenz vom impliziten und expliziten Gedächtnis, welche dem wissenschaftlichen Konsens entspricht, wird häufig von Anhänger*innen des TM zur Erklärung der Wirkweise von EatE herangezogen. Das explizite Gedächtnis beinhaltet bewusst abrufbare Gedächtnisinhalte, während im impliziten Gedächtnis unbewusste und sprachlich nicht ausdrückbare Erinnerungen abgespeichert sind. Implizite Gedächtnisinhalte können (meist) unbewusst Stimmungen, Verhalten und Reaktionen beeinflussen. (Gerrig, 2018b, S. 257; Levine, 2015, S. 45; Von Hinckeldey & Fischer, 2002, S. 106 ff.)

Dazu zähle beispielsweise die Reinszenierung traumatischer Situationen, bei welcher sich Betroffene unbewusst immer wieder in Situationen begeben, welche einen Bezug zu der implizit abgespeicherten traumatischen Situation aufweisen (Levine, 2015, S. 33; Von Hinckeldey & Fischer, 2002, S. 38). Diese Erkenntnisse sprechen gegen eine Erforschung von EatE, welche sich ausschliesslich auf die sprachliche Wiedergabe (expliziter Gedächtnisinhalte) stützt (S. 108). Nun erläutern wir die Ätiologie von Scheinerinnerungen.

4.7.2 Ätiologie von Scheinerinnerungen

Scheinerinnerungen sind keine Spezifika von EatE, sondern zeigen sich auch in normalpsychologischen Erinnerungsprozessen (Gerrig, 2018b, S. 289). Die Experimente von Loftus erforschen, wie nachträgliche Informationen in das Gedächtnis integriert werden können und die Erinnerung an das eigentliche Ereignis unbewusst ergänzen oder verfälschen können. Dieser beschriebene Ablauf macht Loftus als «*Fehlinformationseffekt*» bekannt. Er ist nicht klar von der *Konfabulation* abgrenzbar, welche das Hervorbringen objektiv falscher Aussagen, welche für wahr gehalten werden, als Erinnerungstäuschungen meint (Spektrum, n.d., Konfabulation). Die meisten Experimentalpsycholog*innen, die sich mit dem Gedächtnis befassen, würden dem Konzept der Verdrängung skeptisch gegenüberstehen und darauf hinweisen, dass traumatische Ereignisse tatsächlich viel eher erinnert würden als nicht traumatische Ereignisse.

Loftus konnte in ihren Forschungsarbeiten aufzeigen, dass Menschen anfällig für falsche Erinnerungen sind und bestimmte Therapieformen sogar einen perfekten Kontext darstellen, die Entwicklung solcher falschen Erinnerungen hervorzubringen. Die Arbeit von Loftus zeigt auf, dass ein mit Zuversicht geäussertes Ereignis, das glaubhafte Details und Emotionen ausdrückt, nicht der Wahrheit entsprechen muss. (American Psychological Association, 2013, S. 331–332; French, 2017, S. 20-23)

Die Plattform «Recovered Memory Project» zweifelt die Ansicht von Loftus an. Sie sammelt und publiziert wissenschaftliche Berichte und Argumentationen, welche das FM widerlegen (Recovered Memory Project, 2010-2022a&b). Der Hoffman-Bericht kritisiert die Ethikkommission der «American Psychological Association» (APA; siehe Abkürzungsverzeichnis), weil sie den Schutz von Psycholog*innen über denjenigen der Öffentlichkeit stelle oder Menschen die Anklagen vor Gericht durchsetzen möchten. Loftus wird darin kritisiert, dass sie mehrere Klagen bezüglich wiederkehrender Erinnerungen falsch darstellte. Noch vor Erscheinen dieses Berichtes sei Loftus zurückgetreten von der APA und streitet ab, dass sie von den Beschwerden gewusst habe. Kritiker*innen glauben daran, dass sie vor dessen Erscheinung vom Hoffman-Bericht wusste und daher aus der APA ausgetreten ist, um sich vor formellen Untersuchungen zu schützen. (Recovered Memory Project, 2015)

Allerdings verfügen Anhänger*innen des FMs ebenfalls über vergleichbare Plattformen, wie beispielsweise die «False Memory Syndrome Foundation» (False Memory Syndrome Foundation, n.d.; Steller, 2015, S. 120). Dieses sogenannte «False Memory Syndrome» ist nicht in Diagnosemanualen beschrieben und es handele sich dabei um eine Wortschöpfung einer Interessensvertretung keinen Fachterminus (Von Hinckeldey & Fischer, 2002, S. 120).

Levine vertritt die gleiche Ansicht wie Loftus, nämlich dass Scheinerinnerungen mit vielen verschiedenen *Suggestionstechniken* hervorgerufen werden können. Er unterstellt aber Loftus, dass sie der Art und Bedeutung der impliziten Gedächtnisinhalte bei Traumata und dem Prinzip der Nachträglichkeit, respektive der Veränderung von Gedächtnisinhalten im Lebensverlauf zu wenig Beachtung schenke (2015, S. 180).

Ausserdem schreibt Levine, dass Loftus davon ausgehe, dass Scheinerinnerungen intentional ausgelöst werden können durch Therapeut*innen (S. 36-37). Von Hinckeldey und Fischer referieren zwei Studien, die wiedererlangte EatE untersuchen. Die Prävalenz des Auftretens im Therapiesetting liegt demnach lediglich bei 14% (2002, S. 123) respektive 28% (S. 121). Dies lässt die Fokussierung der Anhänger*innen des FMs auf durch Therapeut*innen herbeigeführte Scheinerinnerungen unwissenschaftlich wirken.

Reinders et al. untersuchen diese Hypothese von Anhänger*innen des FMs und die “dissoziative Identitätsstörung” (DIS; siehe Abkürzungsverzeichnis), die auf traumatische Ereignisse zurückgeführt werden könne und eine schwere Form der PTBS sei (2012, S. 1-2). Sie prüfen, ob eine DIS mit den Merkmalen hohe Suggestivität (Beeinflussbarkeit, durch Medien oder

Therapie z.B.), Hypnosetherapie und damit zusammenhängenden Effekten sowie einer überaktiven Fantasie zusammenhänge, was nicht überzeugend belegt werde durch Anhänger*innen des FM. Eine überaktive Fantasie oder Vorstellungskraft kann zu Problemen führen zwischen Realität und Fiktion zu unterscheiden (S. 1). Auch Von Hinckeldey und Fischer glauben nicht an einen Zusammenhang zwischen der angeblich erhöhten Hypnotisierbarkeit und DIS, welcher unter anderem durch Loftus angenommen werde (2002, S. 36-37).
Reinders et al. widerlegen diesen Zusammenhang überzeugend und ihre Untersuchung lässt eine iatrogene DIS unwahrscheinlich erscheinen. Das bedeutet, dass DIS schwer intentional herbeizuführen sind, respektive es in dieser Untersuchung nicht gelungen ist.
Die Studie von Reinders et al. trainiert zwei Gruppen von Personen in der Simulation von DIS. Die erste Gruppe wies überaktive Fantasie auf, die zweite Gruppe zeigte durchschnittliche Fantasieanfälligkeit. Beide dieser Kontrollgruppen konnten die Reaktionen auf traumatische Ereignisse visuell überzeugend simulieren. (2012, S. 14), nicht jedoch in die entsprechenden Werte der Messung physiologischer Parameter und Hirnströmen (S. 10). Ein relevanter Befund für die Kritik am FM ist, dass die Kontrollgruppe mit tiefer Fantasieanfälligkeit die DIS besser simulierte. Hinzu kommt, dass die DIS-Proband*innen nahe am Normalwert der Fantasieanfälligkeit sind. Beide diese Befunde machen einen Zusammenhang von Fantasieanfälligkeit und DIS unwahrscheinlich (S. 3). Ausserdem könne vermutet werden, dass sich dissoziative Amnesien nur bei persönlich relevanten (autobiografischen) Gedächtnisinhalten zeigen (S. 9). Diese Ansicht wird durch die Argumentation von Spiegel et al. gestützt, die ebenfalls darauf hinweist, dass es keine Studie gebe, welche verifiziere, dass die meisten wiederkehrenden Erinnerungen falsch seien. Ausserdem sind sie der Ansicht, dass wiedererlangte Erinnerungen mit gleich hoher Wahrscheinlichkeit wahr seien, wie gewöhnliche Erinnerungen. (2014, S. 915)
Nun betrachten wir die Relevanz der Debatten in der Glaubhaftigkeitsbeurteilung von Zeug*innenaussagen.

4.7.3 Aussagenpsychologische Glaubhaftigkeitsbeurteilungen

Volbert, eine Psychologin des Institutes für forensische Psychiatrie, vergleicht Laborstudien, um die Unklarheiten im Diskurs zum Traumagedächtnis zu prüfen (2011, S. 29).
Die Ergebnisse bezeichnet sie als uneinheitlich, allerdings würden Befunde mehrheitlich fehlen, die ein spezifisches Traumagedächtnis belegen würden. Einige Studien kamen zum Schluss, dass sich weniger sensorische Erinnerungen an traumatische Ereignisse im Gedächtnis abspeichern würden. Andere Studien konnten keinerlei Unterschiede der Erinnerungsqualität an sogenannten neutralen Ereignissen und traumatischen Situationen ausfindig machen (S. 23). Studien widersprechen sich außerdem, ob die traumatischen Ereignisse stabiler erinnert werden (S. 24). Daraus schliessen wir, dass kaum sichere Ergebnisse vorliegen aus der Forschung zum Traumagedächtnis.

Volbert fasst die empirischen Studien zu EatE dahingehend zusammen, dass es keine generellen qualitativen Unterschiede zu anderen Erinnerungen gebe. Tendenziell stellen sich die EatE allerdings als stabiler und präziser heraus als andere Erinnerungen. Diese Ergebnisse wurden aber nicht konsistent repliziert (S. 27).

Zusammenfassend schliesst Volbert allerdings aus ihrer Studie, dass die Ergebnisse die Fragmentierungstheorie (Dissoziation) widerlegen würden, respektive Dissoziation nur die Ausnahme sei (S. 29). Da die Patient*innen mit PTBS durchaus narrative Erinnerungen an die traumatische Situation hätten (S. 25 & 26).

Zur traumatischen Amnesie sei davon auszugehen, dass gewöhnliche Vergessensprozesse für das Vergessen verantwortlich sind. Die Studien zu diesem Thema würden darauf hindeuten, dass eine traumatische Amnesie höchstens die Ausnahme darstellt, wenn es sie überhaupt gibt. (S. 24)

Dieses Fazit stützt die Kriterien, welche Volbert entwickelt zur Beurteilung der Glaubhaftigkeit von Zeug*innenaussagen in der Aussagenpsychologie (Steller, 2019, S. 78-79). Gemäss Steller würde in der Aussagepsychologie bereits eines der folgenden fünf Kriterien zur Beurteilung ausreichen, dass EatE wahrscheinlich eine Scheinerinnerung seien (2019, S. 78). Wir fassen die Kriterien in verkürzter Weise zusammen:

1) Wenn eine Erinnerungssuche erfolgte (Therapie oder eigene Bemühung).
2) Wenn Erinnerungskonkretisierungen sowie -zunahmen in der Suche auftreten.
3) Wenn es sich um genaue Erinnerungen an die ersten zwei Lebensjahre handelt.
4) Wenn extreme, bizarre oder irrationale Inhalte im Bericht auftauchen.
5) Wenn in der Therapie Imaginations- oder Visualisierungstechniken (z.B. Hypnose) durchgeführt wurden oder ähnliche Aktivitäten selbst durchgeführt wurden (z.B. Internetrecherche oder Nachdenken). (S. 78-79)

Wir hoffen, dass diese Kriterien der Aussagepsychologie vor dem Hintergrund des Kontextes beurteilt und nicht starr angewendet werden. Im Sinne dessen, dass eine Erinnerung sofort als Scheinerinnerung gilt, wenn nur eines dieser Kriterien zutrifft, wie die Ausführungen Stellers interpretiert werden könnten.

Dies wäre ein diskriminierendes Vorgehen gegenüber Menschen in psychologischer Behandlung und Menschen, welche traumatische Ereignisse durchleben mussten. Huber, eine Anhängerin des TM macht auf dieses diskriminierende Vorgehen aufmerksam und setzt sich dafür ein, dass sich die Strafverfolgungsbehörden von der Aussagenpsychologie lösen solle (Zeit Online, 2020, Min. 50:10). Sie erachtet die Besonderheiten von EatE wissenschaftlich ausreichend belegt und findet, dass den Menschen diesbezüglich in der Regel geglaubt werden sollte (Min. 54:50; Min. 56:30). Diepold ist auch dieser Meinung, dass es sich bei EatE in der Regel nicht um Scheinerinnerungen handle (2002, S. 132).

Unseres Erachtens wäre es angebracht, maximal von einem Verdacht auf Scheinerinnerungen

auszugehen, wenn ein obiges Kriterium zutrifft, insbesondere da eine Aussage-gegen-Aussage-Situation in unserem Rechtssystem, aufgrund der Unschuldsvermutung, nicht für eine Verurteilung ausreicht.

Steller ist einer der prominentesten Anhänger*innen des FMs, Fachpsychologe für Rechtspsychologie und Universitätsprofessor für Forensische Psychologie (Zentrum für Aussagepsychologie Berlin, n.d., Kooperationspartner; Steller, 2020, S. 196). Er behauptet, das grundlegende Postulat der Psychotraumatologie sei, dass traumatische Ereignisse, wenn überhaupt, nur unvollständig erinnert würden (2020, S. 190). Steller bezieht sich, leider ohne Nennung der Seitenzahlen auf Fischer und Riedesser (2. Aufl. 1998) und sagt, dass diese postulieren würden, dass es Opfern von Trauma unmöglich sei, einen kohärenten Bericht über die traumatische Situation abzugeben (S. 191).

Von Hinckeldey und Fischer schreiben, dass die Aussagepsychologie die Besonderheiten traumatischer Erinnerungen nicht berücksichtigen würde und sich auf “normalpsychologische” Gedächtnisprozesse stützen würde. Allerdings seien mehrere der Realitätskriterien in der Glaubhaftigkeitsbeurteilung von Zeug*innenaussagen, wie beispielsweise die Kohärenz der Aussage, bei traumatisierten Zeug*innen nicht zu erwarten (2002, S. 10; S. 173; Kap. 8.3). Stermoljan und Fegert schreiben, insbesondere für Typ 2 Traumatisierungen sei es unwahrscheinlich, dass eine kohärente Zeug*innenaussage gemacht werden könne (2014, S. 257).

In der neuen Auflage lehren Fischer und Riedesser, dass es zu Erinnerungsverzerrungen oder Verdrängungsmechanismen kommen kann im traumatischen Verarbeitungsprozess (2020, S. 104-106; S. 148). Allerdings konnten wir keine Stelle in ihrem aktuellen Lehrbuch finden, welche explizit postulieren würde, dass sich Opfer von Traumata grundsätzlich höchstens inkonsistent an die traumatische Situation erinnern könnten, wie Steller behauptet.

Steller ist nicht allein mit der Ansicht, dass EatE eher besser erinnert werden können, als andere Erinnerungen und ein Vergessen unwahrscheinlich bis unmöglich sei (S. 191; Steller, 2019, S. 92). Fischer & Riedesser glauben, dass EatE häufig nicht verbalisiert werden können, aber die Erinnerungsfragmente trotzdem Aspekte der traumatischen Situation wiedergeben würden, die detailgetreu in deren Kontext eingeordnet werden können (2020, S. 99).

Steller ist ein starker Kritiker der Psychotraumatologie. In seinem Sachbuch bezeichnet er die Psychotraumatologie als “eine Art Ideologie”. Er unterstellt der Psychotraumatologie, dass sie die Aussagepsychologie zu Unrecht kritisiert und sich gegen Ausseneinflüsse abschirme. (2015, S. 122) Auch in einem wissenschaftlichen Artikel spricht er vom «Trauma-Mythos» der fälschlicherweise die Überlegenheit der Psychotraumatologie gegenüber der Aussagepsychologie propagiere. Leider ohne eine Literaturangabe, welche diese Aussagen über die Psychotraumatologie verifizieren könnte (2019, S. 92). Auf unsere schriftliche Nachfrage zur Literaturangabe, auf die Steller seine Behauptung stützt, vom 30.09.2022 per Kontaktformular der Charité Universitätsmedizin Berlin erhielten wir bis heute 10.12.2022 keine Antwort.

Fischer und Riedesser beziehen in ihrem aktuellen Lehrbuch der Psychotraumatologie die Erkenntnisse Stellers im Kapitel über die Beurteilung kindlicher Zeug*innenaussagen mit ein (2020, S. 345-346).

Ein wichtiger und unseres Erachtens richtiger Wissensbestand zu Scheinerinnungen von Steller möchten wir an dieser Stelle würdigen. Er macht darauf aufmerksam, dass nicht einzig der Schutz von vermeintlichen Täter*innen zur Vermeidung von Scheinerinnerungen bewegen sollte. Sondern auch der Leidensdruck, der bei Betroffenen ausgelöst werde durch die schmerzhaften Inhalte der Scheinerinnerung, einen Grund darstelle, dass darauf geachtet werden müsse, den suggestiven Einfluss in der Therapie nicht zu unterschätzen, sondern zu umgehen (2020, S. 87).

4.7.4 Fazit zum Traumagedächtnis

Wir weisen darauf hin, dass wir uns aufgrund der verfügbaren Literatur auf das deutsche Rechtssystem beziehen und nicht prüfen, ob die Schweiz bei der Glaubhaftigkeitsbeurteilung gleich vorgeht. Denn für unsere Fragestellung ist dies irrelevant.

Wahrscheinlich erscheint uns, dass durch die Polarisierung der Debatte die Komplexität des Gedächtnisses und die Unterschiedlichkeit von EatE respektive Scheinerinnerungen, simplifiziert und nicht ausreichend berücksichtigt werden. Unseres Erachtens werden auf beiden Seiten die Motive und Absichten der Gegenseite generell zu wenig unvoreingenommen reflektiert und gewürdigt. Wir glauben, dass die grosse Mehrheit der Therapeut*innen sich des potenziellen suggestiven Einflusses einer Therapiesituation bewusst ist und diesen zu vermeiden versuchen. Gewisser bestehender Differenzen im Diskurs über die Neutralität der Therapeut*innen hinsichtlich der Validität von EatE der Patient*innen (Van der Hart & Nijenhuis, 1999, S. 37), sind wir uns bewusst.

Ebenso gehen wir davon aus, dass die Richter*innen und Gutachter*innen grundsätzlich der Wahrheitsfindung verpflichtet sind und weder fälschlicherweise zu Strafe verurteilen noch eine zustehende Strafe vorenthalten wollen.

Steller macht Aussagen, welche wir nicht ganz nachvollziehen können. Ausserdem finden wir die Kriterien der Glaubhaftigkeitsbeurteilung diskriminierend und verstehen nicht, weshalb die Kriterien so streng und therapiefeindlich sind. Aufgrund dessen, dass grundsätzlich die Unschuldsvermutung mutmassliche Täter*innen vor Strafen schützt.

Uns ist aufgefallen, dass alle Anhänger*innen des FM, auf die wir in unserer Recherche gestossen sind, in direkter oder indirekter Verbindung zur Rechtspsychologie stehen, welche Wahrheitsgehalte von Zeug*innenaussagen beurteilt. Eine ihrer Aufgaben ist es, die Unschuldsvermutung vor Gericht hochzuhalten und vermeintliche Täter*innen vor fälschlicher Strafe zu schützen. Dies ist eine zentrale Aufgabe von grosser Wichtigkeit und wir würdigen,

dass sie versuchen, dass Therapeut*innen sensibilisiert werden, nicht zu ungerechtfertigten Strafen für in Wirklichkeit unschuldige Menschen beizutragen. Auch die Sichtweise Stellers, dass das Recherchieren in Medien zu leidvollen Scheinerinnerungen beitragen könne, ist relevant für unsere Fragestellung (2019, S. 79).

Anhänger*innen des TM sind vorwiegend mit der individuellen Heilung von Traumafolgestörungen beschäftigt und gehören indessen dem Gebiet der Psychotraumatologie an. Die beiden Richtungen schliessen sich nicht grundsätzlich aus, verfolgen allerdings unterschiedliche Ziele und betrachten die Frage aus ganz anderen Perspektiven. Das muss in diesem Konflikt unbedingt beachtet werden. Die Psychotraumatologie darf den Umstand nicht vernachlässigen, dass sie Scheinerinnerungen durch ihre Therapiemethoden auslösen kann und sollte dies weder Patient*innen noch Praktiker*innen verschweigen. Scheinerinnerungen sind nicht nur für EatE bekannt, unserem Gedächtnis können generell Erinnerungsfehler unterlaufen. Allerdings haben wir den Eindruck, die Aussagepsychologie ignoriere die Forschung der Psychotraumatologie mindestens in dem Ausmass, in dem sie der Psychotraumatologie vorwerfen, ihre Erkenntnisse zu ignorieren. Beide Absichten und Teilgebiete der Psychologie haben unseres Erachtens ihre Berechtigung und ihre blinden Flecken.

Wir erachten solche Laborstudien, wie sie Volbert zitiert, im Zusammenhang mit psychischen Traumata als fehleranfällig, da sie vorwiegend explizite Gedächtnisinhalte untersuchen. Dies zeigt sich auch in der grossen Bandbreite der Ergebnisse dieser Studien. Ausserdem befasst sich die Aussagepsychologie nahezu ausschliesslich mit Erinnerungen an Missbrauch und vernachlässigt andere Traumaursachen (Von Hinckeldey & Fischer, 2002, S. 116).

Es ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich den vielschichtigen und langjährigen Konflikt fundierter zu beurteilen. Da es sich auch nicht direkt um das zentrale Thema unserer Arbeit handelt, erlauben wir es uns, nicht explizit Partei für eine Seite zu ergreifen.

5 Implikationen der Psychotraumatologie für GEKO

In diesem Kapitel ziehen wir Schlussfolgerungen aus der Psychotraumatologie für die potenziell traumatische Situation der “geschlechtszuweisenden Eingriffe an Kindern mit Variationen der Geschlechtsentwicklung ohne medizinische Notwendigkeit” (GEKO).
Vor dem Hintergrund der offenen Definition eines traumatischen Ereignisses des ICD-11 sowie derjenigen von Fischer und Riedesser, welche wir im Kapitel 4 dieser Bachelor-Thesis vorstellen, können GEKO unseres Erachtens eindeutig als möglicherweise traumatisierende Situation(en) bezeichnet werden.
Dieser Einschätzung stimmt Katinka Schweizer in einem Hintergrundgespräch mit uns zu (pers. Mitteilung, 3.11.2022). Sie ist Professorin für klinische Psychologie und Psychotherapie an der Medical School Hamburg und Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung. Bereits mehrere Auszeichnungen für ihre Arbeiten zu VdG wurden ihr verliehen. Auch praktische Erfahrung aus ihrer langjährigen, klinischen Tätigkeit mit Menschen mit VdG, bringt Schweizer mit. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die Therapie von posttraumatischen Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen. Somit ist sie eine ideale Ansprechperson für die Beantwortung unserer Fragen, welche nicht durch die Literatur geklärt werden konnten. (Medical School Hamburg, n.d., Prof. Dr. Katinka Schweizer)
Im Gespräch mit Schweizer wurde unsere Einschätzung bestätigt, dass nicht alle Kinder, welche von GEKO betroffen sind, zwangsläufig eine Traumatisierung erleiden. Nach Schweizer kann eine ausreichende psychosoziale Unterstützung zu einer völlig gesunden Entwicklung nach GEKO beitragen. Denn Trauma müsse immer als multifaktorieller Prozess verstanden werden. (pers. Mitteilung, 3.11.2022)

Das komplexe Zusammenspiel von individuellen Situationsfaktoren und objektiven Gegebenheiten kann zu ganz unterschiedlichen Folgen von GEKO führen. Diese Faktoren werden wir in diesem Kapitel genauer analysieren, obwohl es kaum möglich sei allgemeingültige Aussagen über die Folgen von kindlichen Traumatisierungen zu machen (Endres & Moisl, 2002, S. 18). Borg-Laufs betone die Relevanz von entwicklungspsychologischem Wissen von Sozialarbeitenden, um qualitativ hochwertige Dienstleistungen anbieten zu können. Sie heben hervor, dass Sozialarbeitende insbesondere beachten sollten, welche Schutz- und Risikofaktoren relevant seien, welche Entwicklungsverläufe wie zu bewerten sind und welche Interventionen wann geeignet seien (2019, S. 11 ff.). Dies rechtfertigt unseren Versuch, in diesem Kapitel typische Herausforderungen, Entwicklungssequenzen und Risiko- und Schutzfaktoren im Zusammenhang mit der potenziell traumatischen Situation GEKO auszuarbeiten. Immer im Bewusstsein dessen, dass die getroffenen Aussagen nicht für alle individuell Betroffenen zutreffend sind. Die Relevanz der situationstypischen Ausformulierung von Trauma wird im folgenden Kapitel erläutert.

5.1 Relevanz der speziellen GEKO-Traumatologie

Die situationstypische Ausformulierung von Trauma ist grundsätzlich bedeutend für ein besseres Verständnis der Betroffenen, für qualitativ hochwertige Hilfe und für die Frage der Entschädigung von Leidtragenden (Fischer & Riedesser, 2020, S. 65; S. 284). Ausserdem sei die Ausarbeitung typischer Reaktionen und dynamischer Verlaufssequenzen in Bezug auf einen spezifischen Situationstyp bedeutend für die Weiterentwicklung der Psychotraumatologie. Bering et al. weisen im Zusammenhang mit Präventionsprogrammen der PTBS darauf hin, dass die Situationstypologie bedeutend sei und daher nicht ein Präventionsprogramm für alle traumatischen Situation zielführend sein könne (2016, S. 43).

Im Falle des Situationstyps GEKO erscheint uns die situationstypische Analyse von besonders grosser Bedeutung zu sein. Zum einen aufgrund des thematisierten politischen Potenzials des Traumabegriffes, welches unseres Erachtens erhöht werden kann, wenn GEKO als Gebiet der Speziellen Psychotraumatologie erforscht wird. Denn eine wissenschaftliche Argumentationsbasis könnte den Druck auf die Politik erhöhen, den Forderungen der UN und zahlreicher Aktivist*innengruppen nach einem Verbot von GEKO nachzukommen. Zum anderen können Bezugspersonen von Kindern mit VdG umfassender informiert werden über die psychosozialen Folgen von GEKO, wenn sie sich für oder gegen einen invasiven Eingriff entscheiden sollen. Ausserdem kann eine systematische Erforschung von GEKO als möglicherweise traumatisierendes Ereignis eine Argumentationsgrundlage für die Kostenübernahme des Staates für möglichst unabhängige Beratungsangebote darstellen. Deren Finanzierung sei gemäss Schweizer heutzutage noch nicht gewährleistet in Deutschland, was den Zugang zu unabhängigen Beratungsstellen erschweren kann (Schweizer et al., 2015, S. 5-7).

Hinzu kommt, dass Fachpersonen, welche mit der Thematik GEKO konfrontiert werden, sich das Wissen um typische Sequenzen und Herausforderungen einfacher erschliessen können. Dies eröffnet auch verbesserte Möglichkeiten für Aus- und Weiterbildungen der medizinischen, sozialen oder psychologischen Fachpersonen. Nicht zuletzt könnte eine situationstypische Ausformulierung von GEKO im Rahmen der Speziellen Psychotraumatologie Hinweise auf langfristige Kosteneinsparungsmöglichkeiten ermöglichen. Hofmann und Besser machen darauf aufmerksam, dass eine frühzeitige Erkennung und Therapie von Kindheitstrauma grundsätzlich zu langfristigen Kostenreduktionen für den Staat führen (2015, S. 199). Uns erscheint dies insbesondere im Falle von GEKO zutreffend, da ein GEKO-Verbot nicht nur psychologische und medikamentöse Nachbetreuungskosten einsparen könnte, sondern auch die Kosten der meist mehrfachen chirurgischen Eingriffe. Vorausgesetzt Menschen mit VdG entscheiden sich später nicht selbst für eine Geschlechtsangleichung.

Die Relevanz der situationstypischen Betrachtung von GEKO zeigt sich darüber hinaus, wenn GEKO in die verschiedenen Kategorien der Differenziellen Psychotraumatologie eingeordnet

werden. GEKO können komplexe PTBS auslösen, die schwerwiegender sind als die allgemeine PTBS. Da GEKO meist mit mehreren Untersuchungen und operativen Eingriffen einhergeht, ist von einer *Polytraumatisierung* auszugehen (Typ 2). Nach Schweizer bleiben GEKO trotz neuer Techniken und Methoden der Medizin massive Eingriffe, welche häufig mit Nachoperationen einhergingen und Risiken beispielsweise für Infektionen beinhalten würden (pers. Mitteilung, 3.11.2022).

Wir ordnen die Polytraumatisierung durch GEKO als typischerweise eine *Mischform von sequenziellem und kumulativem Trauma* ein. Denn es werden mehrfach einzelne potenziell traumatische Eingriffe am Kind vorgenommen, was ein charakteristisches Merkmal für sequenzielle Trauma ist. Weiter können mit der VdG und GEKO alltägliche, für sich allein genommene subtraumatische Belastungen wie Mobbing oder unangenehme Untersuchungen einhergehen. Diese zusätzliche kumulative Traumatisierung ist allerdings nicht bei allen Betroffenen anzutreffen.
Im Kapitel 4.6 zeigen wir auf, dass Krankheiten oder Behinderungen manchmal durch Menschen verursacht und manchmal naturbedingt sind. Im Falle von GEKO scheint uns die subjektive Wahrnehmung der Betroffenen entscheidend für die Einordung in diese Kategorien. Kinder attribuieren Ereignisse häufiger personell als Erwachsene, wie unsere Ausführungen im Kapitel 4.4 belegen. Deshalb betrachten Kinder eigene VdG und die damit in Verbindung stehenden GEKO wahrscheinlich als durch sich selbst bedingt oder naturgegeben. Allerdings erscheint in einem späteren Alter die subjektive Einordnung der Situation GEKO als durch Menschen verursachtes Leid wahrscheinlich. Dies ist relevant, weil durch Menschen verursachte Traumata schwerwiegendere Folgen mit sich bringen als naturbedingte Traumata.
Ausserdem ist die weniger schwerwiegende Wirkung von kollektiven Traumata (erster Form) gegenüber traumatischen Einzelschicksalen von Bedeutung. Auch für diese beiden Kategorien ist die subjektive Wahrnehmung Betroffener entscheidend. Eine von GEKO betroffene Person kann sich allein fühlen mit ihrer Intergeschlechtlichkeit. Allerdings ist es auch möglich durch Peer-Beratungen und die zahlreichen Selbsthilfeorganisationen, frühzeitig andere GEKO-Betroffene kennenzulernen und sich auszutauschen. Wir glauben, dass Kinder GEKO anfangs häufig als traumatisches Einzelschicksal erleben, sofern ihre Bezugspersonen oder die Ärzteschaft nicht explizit auf andere Betroffene hinweisen. Durch die (sozialen) Medien und allfällige Vernetzung mit Selbsthilfeorganisationen zum Thema Intergeschlechtlichkeit werden Betroffene GEKO vermutlich früher oder später im Lebensverlauf als kollektive Traumatisierung der ersten Form wahrnehmen.

So zeigt sich, dass GEKO-Traumata bei allen referierten Traumakategorien in diejenige mit schwerwiegenderen Folgen fallen können. Dies verdeutlicht unseres Erachtens, dass kom-

plexe und schwerwiegende Traumata durch GEKO entstehen können. Abschliessend zeigt dies erneut die Relevanz der Erforschung einer speziellen GEKO-Traumatologie auf. Zu diesem potenziell neuen Gebiet der Speziellen Psychotraumatologie stellen wir im Folgenden erste uns bekannte Überlegungen an.

5.2 Altersspezifische Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben

In diesem Kapitel gehen wir auf allgemeine Situationsfaktoren von GEKO ein. Wir analysieren Sequenzen der Entwicklung, indem wir relevante altersspezifische Aspekte betrachten. Keilson begründet die Relevanz der altersspezifischen Ausformulierung von Traumata (2002, S. 57). Nach Fischer und Riedesser sei Trauma durch eine Momentaufnahme unzureichend beschrieben und eine Analyse des gesamten Prozesses, in unserem Beispiel in Entwicklungssequenzen, sei wichtig (2020, S. 69), insbesondere im Falle von Kindheitstraumata (Endres & Moisl, 2002, S. 17). Wir möchten hervorheben, dass wir im weiteren Vorgehen die objektiven Faktoren nicht von den subjektiven trennen, wie es entsprechend Kapitel 4.1 von Fischer und Riedesser vorgeschlagen wird. Dies weil wir in unserer Arbeit generalisierende Aussagen treffen und nicht ein spezifisches Trauma einer Person betrachten. Wir erläutern folglich eine Auswahl relevanter Situationsfaktoren, welche wir in Bezug zu zentralen Entwicklungsaufgaben setzen. Um den Begriff *Entwicklungsaufgabe* etwas eingrenzen, definieren wir ihn in Anlehnung an Borg-Laufs als eine Aufgabe, welche bei einer erfolgreichen Bewältigung glücklicher mache. Wenn die Bewältigung der Entwicklungsaufgabe misslingt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit in späteren Entwicklungsaufgaben zu versagen und eine Ablehnung durch die Gesellschaft zu erfahren. Borg-Laufs schreibe zudem, dass die Entwicklungsaufgaben abhängig sind von den Fähigkeiten des Individuums. (Borg-Laufs, 2019, S. 35) Dies wird offensichtlich, wenn wir Menschen betrachten, welche nicht der Norm entsprechen, wie beispielsweise Menschen mit Behinderungen.

Wir stellen fünf ausgewählte Lebensphasen vor, welche wir im weiteren Verlauf als Sequenzen bezeichnen. Dabei schildern wir relevante Entwicklungsaufgaben und stellen Bezüge zu GEKO-Betroffenen her. Damit zeigen wir auf, welche altersspezifischen Herausforderungen GEKO-Betroffene zu bewältigen haben. Das Zusammentragen der jeweiligen Entwicklungsaufgaben stellt eine von uns getroffene Auswahl dar und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wir beziehen uns in chronologischer Reigenfolge auf folgende fünf Sequenzen: *Pränatale und postnatale Phase*, *frühe Kindheit*, *Kindheit, Pubertät* und *frühes Erwachsenenalter.* Wir gehen davon aus, dass es keine wichtigen situationstypischen Herausforderungen nach dem frühen Erwachsenenalter im Zusammenhang mit GEKO gibt. Deshalb stellen wir Sequenzen nach dem frühen Erwachsenenalter nicht vor, weil wir daraus keinen Mehr-

wert für unsere Fragestellung erwarten. Im Anschluss an die Ausführungen stellen wir in der *Abbildung 1* die Entwicklungsaufgaben in zusammenfassender Weise übersichtlich dar.

5.2.1 Pränatale und postnatale Phase

In diesem Kapitel beziehen wir uns auf die Sequenz vor und unmittelbar nach der Geburt eines Kindes, welche wir als *prä- und postnatale Phase* bezeichnen. Wir beschreiben in den Kapiteln 3.2 und 3.1 die pränatale Diagnostik und Schwangerschaftsabbrüche, welche bei Föten mit VdG teilweise durchgeführt werden. Dies bestätigt Schweizer und weist darauf hin, dass gewisse Variationen besser nachweisbar seien als andere und aktuell noch viel Forschung dazu getätigt werden müsse (Schweizer, pers. Mitteilung, 03.11.2022). Die Kenntnis über eine "Fehlbildung", wie die VdG umgangssprachlich genannt werden, können zu Ängsten, Stress und Überforderung bei der Mutter führen. Diese Zustände werden den pränatalen Belastungsfaktoren zugeordnet und können sich negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken (Papousek & Wollwerth de Chuquisengo, 2015, S. 145; Brisch, 2015, S. 115). Das Nervensystem des Kindes kann durch diese Belastungsfaktoren geschädigt oder gestört werden, was kognitive und verhaltensbezogene Schwierigkeiten zur Folge haben kann (Papousek & Wollwerth de Chuquisengo, 2015, S. 145; Gerrig, 2018d, S. 373). Diese Kinder können eine ungünstige Selbstregulation haben, was die Interaktion zwischen Säugling und Mutter erschwere und Potenziale für ein ablehnendes Verhalten mit sich bringe (Brisch, 2015, S. 116; Papousek & Wollwerth de Chuquisengo, 2015, S. 143). Das Risiko einer postnatalen Depression bei der Mutter kann bestehen, wenn sie unmittelbar nach der Geburt über die VdG informiert wird. Eine wissenschaftliche Studie kommt zum Ergebnis, dass Kinder von postnatal depressiv erkrankten Müttern mit grösserer Wahrscheinlichkeit Verhaltensprobleme aufweisen im Vergleich zu Kindern ohne depressiv erkrankte Mutter (Laucht, 2015, S. 62 & S. 68). Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf das Kapitel 4.4, worin wir psychische Erkrankungen der Eltern als grundsätzlichen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung beschreiben. Für die Bezugspersonen kann die Geburt eines Kindes mit VdG negative Gefühle, wie beispielsweise Ohnmacht, Hilflosigkeit oder Scham auslösen. Dies könne ein akutes psychisches Trauma für das Kind zur Folge haben. (Brisch, 2015, S. 117)

Diese Ausführungen zeigen Risiken auf, die bereits in der prä- und postnatalen Phase auftreten und sich negativ auf die weitere Entwicklung von Kindern mit VdG auswirken können. Dabei erscheint uns die Art der Kommunikation der Ärzteschaft, respektive wie die Mutter über die VdG ihres Neugeborenen informiert wird, relevant im Hinblick darauf, dass die Besonderheit des Kindes zu einem Belastungsfaktor wird oder nicht. Eine nicht-pathologisierende Wortwahl, kann die Mutter vermutlich entlasten und ihren Stress sowie ihre Ängste mindern.

5.2.2 Frühe Kindheit

In diesem Kapitel schauen wir die Lebensphase im Alter von null bis fünf Jahren an und bezeichnen diese Sequenz als die *frühe Kindheit.* Bereits unmittelbar nach der Geburt haben Kleinkinder unterschiedliche Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Dies geschieht unter anderem durch die primäre Sozialisation in der Familie. Hierzu möchten wir anfügen, dass wir uns auf eine kulturell-westliche Sozialisation beziehen. Dies ist daher wichtig, da die Entwicklungsaufgaben von soziokulturellen Normen bestimmt werden und daher kulturabhängig sind (Borg-Laufs, 2019, S. 35).

Ein Beispiel einer zentralen Entwicklungsaufgabe der frühen Kindheit ist die *Theory of Mind.* Diese Entwicklungsaufgabe beschreibt die Fähigkeiten sich selbst und anderen mentale Zustände, wie beispielsweise Wissen, Wünsche, Gedanken oder Emotionen zuzuschreiben (Gerrig, 2018d, S. 399). Es gilt als wissenschaftlich belegt, dass kleine Kinder bereits Anteil nehmen können und Zuschreibungen machen, welche mentalen Zustände dem Verhalten von Menschen zugrunde liegen (S. 399). Folglich können Kleinkinder mit VdG oder GEKO-Betroffene bereits in der frühen Kindheit merken, dass Menschen sie «anders» im Sinne von nicht normtypisch einstufen, da sie das Handeln und die Emotionen von anderen Menschen einordnen. Wir veranschaulichen dies Anhand eines fiktiven Beispiels. Wenn ein Kind mit VdG Komplimente dafür bekommt, dass es ein so hübsches Mädchen sei, während es sich selbst nicht als Mädchen sieht, kann dies belastende Gefühle auslösen.

Die psychosozialen Stadien nach Erikson greifen Entscheide für die Selbstentwicklung und Lösungen für innerpsychische Konflikte auf. Sie sind in acht Lebenszyklen des Menschen unterteilt. Wir erachten die Phase *Autonomie vs. Selbstzweifel* als besonders relevant für GEKO-Betroffene (S. 410). In dieser Phase soll ein angenehmes Gefühl von Autonomie erfahren werden, mit dem Wissen, ein fähiger und wertvoller Mensch zu sein. Dagegen können übermässige Einschränkungen und Kritik zu Selbstzweifeln führen (S. 411). Wir erachten einen ergebnisoffenen Umgang von Bezugspersonen hinsichtlich der Geschlechtsidentität als wichtig für eine gesunde Autonomieentwicklung des Kindes und weisen an dieser Stelle auf Kapitel 5.4.3 hin, wo wir den Aspekt vertiefen. Selbstzweifel können beispielsweise abgeschwächt werden durch die Bezugspersonen, wenn sie dem Kind mit VdG erläutern und versichern, dass es kein Einzelfall sei. Gregor beschreibt, wie Menschen mit VdG belastet werden, durch das Gefühl ein Einzelfall zu sein (2015, S. 214). Auch Fachpersonen, welche Kinder mit VdG oder GEKO-Betroffene beraten, können das Kind unterstützen, in dieser kindlichen Entwicklungsaufgabe ein gesundes Selbstbewusstsein zu entwickeln.

Mattejat ordnet verschiedene Entwicklungsaufgaben der frühen Kindheit zu. In Bezug auf GEKO-Betroffene erachten wir daraus *den Aufbau einer sicheren Bindung* und die *soziale Kontaktaufnahme ausserhalb der Familie* als relevante Entwicklungsaufgaben. (2008, S. 81) Aufgrund der mehrheitlich frühen medizinischen Eingriffe und Spitalaufenthalten könnte *der Aufbau einer sicheren Bindung* von GEKO-Betroffenen erschwert sein, wie wir im Kapitel 4.6 darlegen. Gemäss Stern können medizinische Behandlungen als ein Vertrauensmissbrauch der Bezugsperson wahrgenommen werden, was Folgereaktionen wie Wut, Trauer oder depressive Verstimmung auslösen kann (2009, S. 89). Kinder können, aufgrund mangelnder Zuwendung der Eltern, Angstzustände entwickeln. Diese würden zu unterschiedlichen Verhaltensweisen führen, wie beispielsweise andere kontrollieren zu wollen oder einen depressiven Rückzug (Richter-Appelt, 2012, S. 365). Diese genannten Aspekte können sich negativ auf den weiteren Entwicklungsverlauf des Kindes auswirken. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf das Kapitel 4.4.1, in dem wir Bindung und Kindheitstrauma vertieft ausführen.

Die s*oziale Kontaktaufnahme ausserhalb der Familie* findet meistens mit dem Eintritt in eine Bildungsinstitution statt. Dabei sei ein gelingender Einstieg in das soziale Miteinander mit Gleichaltrigen wichtig für einen gesunden Entwicklungsverlauf von Kleinkindern (Borg-Laufs, 2019, S. 37). Diese Entwicklungsaufgabe kann für GEKO-Betroffene erschwert sein, wenn beispielsweise gleichaltrige Kinder von der VdG Kenntnis haben und sich deswegen “anders” gegenüber ihnen verhalten. Es kann auch sein, dass sich die Betroffenen selbst, aufgrund ihrer körperlichen Eigenschaften und persönlicher Wahrnehmungen, als “anders” im Vergleich zu Gleichaltrigen einordnen. Dies kann ein gelingendes soziales Miteinander erschweren. Das Gefühl “anders zu sein” ist von Zuschreibungen männlicher oder weiblicher Attribute abhängig. Die Unterscheidung von männlich und weiblich präge die Kindheit schon früh. Gemäss Studien zeigen bereits 10- bis 14-monatige Kinder gewisse Präferenzen für gleichgeschlechtliche Kinder, was die Annahme ihrer Geschlechtsidentität verstärken kann. (Gerrig, 2018d, S. 425)

Das starre Verhalten bezüglich Geschlechtsstereotypen lässt sich im Zusammenspiel von Anlage und Umwelt erklären. Einerseits könne die Anlage respektive die pränatalen Dispositionen dafür sorgen, dass das Gehirn sich eher männlich oder weiblich entwickelt. Anderseits spielt die Umwelt eine Rolle, durch das Geschlechtsrollenverhalten der Bezugspersonen sowie dasjenige von gleichaltrigen Kindern. Wenn Kinder besonders gendertypisch aufwachsen, werden sie dieses vorgelebte Verhalten sehr wahrscheinlich in späteren Lebensphasen übernehmen. (S. 427) Weitere Ergebnisse empirischer Studien der Entwicklungspsychologie zeigen, dass Kinder bereits vor Schuleintritt Erfahrungen machen, aus denen sie Wissen für die Erwartungen an Frauen und Männer ziehen. Im Schuleintrittsalter zwischen fünf und sechs Jahren setzte sich dann dieses Wissen zu Genderstereotypen zusammen. (Trautner et al.,

2005, S. 365-381) Diese Tatsache kann für Kinder belastend sein, die sich in diesem Alter nicht als Mädchen oder Jungen einordnen können oder wollen.

Zudem kann das primäre Bezugssystem von GEKO-Betroffenen psychisch belastet werden, was wir bereits im Kapitel 3.10.4 aufzeigen. Die allfällige Belastung kann beispielsweise Mangel an Zuwendung und liebevoller Beziehung gegenüber dem Kind bedingen. Nachweislich kann ein Mangel an gesunden sozialen Kontakten einen langanhaltenden Effekt auf die Gehirnentwicklung von Kindern haben, welcher sich negativ auf die gesamte Entwicklung des Kindes auswirken könne. (Moulson et al., 2009, S. 17-.39; Gerrig, 2018d, S. 418).

5.2.3 Kindheit

Der Sequenz *Kindheit* ordnen wir das Alter von sechs bis zwölf Jahren zu. Wir zeigen auf, welche Herausforderungen GEKO-Betroffenen in diesem Alter begegnen können. Die Kindheit betrifft das dritte Stadium *Initiative vs. Schuldbewusstsein* und das vierte Stadium *Kompetenz vs. Minderwertigkeit* nach Erikson (Gerrig, 2018d, S. 411). Scham- und Schuldgefühle können bei Betroffenen auftreten, aufgrund der Geheimhaltung der Diagnose ausserhalb und innerhalb der Familie (Stern, 2009, S. 91). Wird ein Kind über seinen geschlechtszuweisenden Eingriff in Kenntnis gesetzt, kann das Gefühl vermittelt werden, “anders” als gleichaltrige Kinder zu sein. Wobei dieses Gefühl durch die Geheimhaltung der Besonderheit nicht zwangsläufig umgangen wird. Beides kann das Selbstvertrauen des Kindes verletzen. Entscheidend für die Entstehung eines gesunden Selbstvertrauens, sei die Art und Weise, wie Bezugspersonen auf initiierte Aktivitäten des Kindes reagieren (Gerrig, 2018d, S. 411). Das Selbstvertrauen wird im vierten Stadium benötigt, um nicht in Passivität zu fallen und aktiv zu bleiben. Nur durch den Aktionismus können sich vielfältige Kompetenzen entwickeln (S. 411).

Die Geschlechtsrollenidentifikation stellt nach Mattejat eine von fünf Entwicklungsaufgaben im Alter von sechs bis elf Jahren dar (2008, S. 81). In diesem Alter sei das geschlechtstypische Verhalten besonders starr und unflexibel (Gerrig, 2018d, S. 425). Bei GEKO-Betroffenen kann dadurch Druck entstehen, sich als Mädchen oder Jungen zu fühlen. Dies kann insbesondere dann belastend sein, wenn das Kind sich nicht als Junge oder Mädchen zuordnen will oder kann (Schweizer, 2012, S. 460). Allerdings kann auch eine Zuordnung zu dem Geschlecht belasten, welchem sich das Kind nicht zugehörig fühlt. Dies zeigt sich im Fallbeispiel von Christian des Kapitels 3.10.2, der als Mädchen sozialisiert wurde und sich erst viel später dafür entschieden hat als Junge respektive Mann zu leben.
Mattejat beschreibt die *Entwicklung eines positiven Selbstbildes oder Selbstbewusstseins* als weitere Entwicklungsaufgabe in dieser Altersgruppe (2008, S. 81). GEKO-Betroffene oder Menschen mit VdG können mit der Aufgabe konfrontiert werden, ein eigenes Selbstverständ-

nis zu finden, ohne auf geeignete Vorbilder zurückgreifen zu können. In dieser Sequenz nehmen vor allem die primären Bezugspersonen und gegebenenfalls auch die Medien, Vorbildfunktionen für die Kinder ein. Fehlen Vorbilder, die vorleben, dass VdG positive Seiten haben, kann dies das Selbstbewusstsein von GEKO-Betroffenen hemmen. Wie aus dem Fallbeispiel von Christian hervorgeht, kann es im Extremfall zu suizidalen Gedanken kommen. Diese sehen wir unter anderem als Ausdruck von unbewältigten Entwicklungsaufgaben, wie der oben genannten.

Wir erachten die Rolle der Medien und diejenige der Schule als zwei Bereiche, welche die Kinder in dieser Sequenz stark prägen. In beiden Bereichen wird vorwiegend das binäre Geschlechtersystem vorgelebt. Welche Funktion dabei die Medien im spezifischen Einnehmen, greifen wir im Kapitel 6.2 auf. Mit der Einschulung können Themen wie Umkleidekabinen, Toiletten oder der Sportunterricht GEKO-Betroffene in Bedrängnis führen, insbesondere diejenigen, welche sich nicht als Junge oder Mädchen zuordnen wollen oder können. Ghattas erläutere zudem, dass vor allem in der Schule und der beruflichen Bildung Exklusion von Menschen mir VdG stattfinde. Diese Exklusion stelle eine Form von Diskriminierung dar. Dabei könne es gemäss Ghattas zu Schulausfällen aufgrund wiederkehrender Behandlungen bei GEKO-Betroffenen kommen, welche schulische Leistungsabfälle begünstigen und psychische Beschwerden mit sich bringen können. (Focks, 2014, S. 11)
Im Alter von 8 Jahren beginnen die Kinder sich leicht von der starren Vorstellung der Geschlechterstereotypen zu lösen und sie lernen, dass beide Geschlechter eine grosse Bandbreite an Verhaltensweisen aufzeigen können (S. 425). Diese Altersphase kann es GEKO-Betroffenen erleichtern, sich in ihrem Umfeld mit Gleichaltrigen und ihrer Geschlechtsrolle zurecht zu finden.

5.2.4 Pubertät

Die Sequenz der *Pubertät* lässt sich in keine klar abgrenzbare Altersgruppe einteilen. Der Beginn sei mit dem Start von körperlichen Veränderungsprozessen gleichzusetzen und über das Ende herrsche im wissenschaftlichen Diskurs keine Einigkeit. (Fröhlich-Glidhoff & Rönnau-Böse, 2021, S. 175) Weshalb wir auf eine klare Eingrenzung verzichten und die Phase grob im Alter zwischen 12 und 22 Jahren definieren. Die Identitätsfindung ist in dieser Sequenz von grosser Bedeutung und kann zu Verunsicherung und Verwirrung führen, da Jugendliche unterschiedliche Rollen ausprobieren und einnehmen wollen (Gerrig, 2018d, S. 411). Wir erachten folgende Entwicklungsaufgaben nach Mattejat als relevant für GEKO-Betroffene: *Die körperliche Reifung*, *das Geschlechtsrollenverhalten* und *Klarheit über sich entwickeln (*2008, S. 82; Borg-Laufs, 2019, S. 39).

Schweizer teilt uns mit, dass die Pubertät grundsätzlich eine risikobehaftete Zeit sei. Spezifisch für GEKO-Betroffene könne es belastend werden, wenn sie neue Diagnosen erhalten. Hinzu kommt, dass GEKO-Betroffene beispielsweise keine Regelblutung bekommen, während sich Gleichaltrige über dieses Thema auszutauschen beginnen (pers. Mitteilung, 3.11.2022).

Die *körperliche Reifung* als Entwicklungsaufgabe verlange die Akzeptanz der körperlichen Veränderung und des eigenen Aussehens (Mattejat, 2008, S. 82). Körperliche Veränderungen wie beispielsweise die sexuelle Reifung, die Körperbehaarung, Steigerung der Hormonproduktion oder das weiter voranschreitende Wachstum der Hirnareale, spielen eine wichtige Rolle in der Pubertät (Gerrig, 2018d, S. 391-392). Diese Veränderungen zu akzeptieren, kann für Jugendlichen aufgrund von Schönheitsidealen, welche die Gesellschaft vorlebt, grundsätzlich herausfordernd sein. Jugendliche sind in dieser Phase verstärkt auf der Suche nach Peergroups (Gleichaltrige) und dadurch dem Einfluss diesen Gruppen verstärkt ausgesetzt (S. 420). Menschen mit VdG hätten häufig das Problem nirgendwo dazu zugehören und würden dies auch spüren. Dies sei aufgrund ihres Verhaltens, ihrer Gefühle oder ihres Äusseren der Fall. Sie müssten sich Aussagen anhören, wie “zu muskulös” oder “zu klein” für die Erwartungshaltung anderer Menschen zu sein oder werden damit konfrontiert, sich “zu spät” entwickelt zu haben. Diese Rückschlüsse würden hauptsächlich getroffen aufgrund der starken Normorientierung in unserer Gesellschaft. (Focks, 2014, S. 10)
Wie bereits in der Sequenz Kindheit erkennen wir hier Situationen, die Schuldgefühle bei den GEKO-Betroffenen hervorrufen können. Beispielsweise mache sich eine betroffene Person selbst verantwortlich für ihre ausbleibende körperliche Entwicklung und glaube, ihr verklemmtes Verhalten bezüglich ihres Körpers sei schuld daran. (Zehnder, 2010, S. 199)

Unter der Entwicklungsaufgabe des *Geschlechtsrollenverhaltens* ist die Aufnahme von engen oder erotischen Beziehungen zu verstehen (Mattejat, 2008, S. 82). Aus der Literatur geht hervor, dass eine Voraussetzung für ein gelingendes Geschlechtsrollenverhalten die Herstellung von Intimität ist. Gerrig beschreibt Intimität als die Fähigkeit, sich auf eine andere Person völlig einzulassen, auf freundschaftliche oder romantische Weise. Weiter brauche es für gelingende soziale Intimität das Gefühl von psychischem Wohlbefinden. (2018d, S. 421) Wir erachten es für GEKO-Betroffene als anspruchsvoll, ein gelingendes Wohlbefinden in der Pubertät zu erlangen. Bei jugendlichen GEKO-Betroffenen würde spätestens jetzt eine Exploration des Wissens und des Verständnisses der eigenen Diagnose stattfinden (Grover, 2012, S. 323). Sie müssen sich entscheiden, mit wem sie darüber sprechen möchten. Aufgrund von Autonomiebestrebungen und allfälligen Schuldzuschreibungen an die Bezugspersonen (entsprechend Kapitel 3.10.2), kann das primäre Bezugssystem als Vertrauensstelle entfallen. Die Erkenntnis, nicht allein mit der VdG zu sein und sich mit anderen Personen mit VdG über das Erleben

auszutauschen, kann sich positiv auf das eigene Wohlbefinden auswirken, was wiederum die Fähigkeit zur Herstellung von Intimität fördern kann. Vergleichbar ist dies mit der Bezeichnung von Gregor "*Befreiung aus einer Isolation".* Damit sei die Kontaktaufnahme zu anderen Betroffenen gemeint und die Erkenntnis, dass diesen Personen ähnliche Herausforderungen im bisherigen Lebensverlauf begegnet seien. (Gregor, 2015, S. 271) Zehnder erläutert, dass das Gefühl von *sozialer Isolation* im Zusammenhang mit der Tabuisierung der Intergeschlechtlichkeit auftreten könne (Zehner, 2010, S. 200).

Die dritte Entwicklungsaufgabe nach Mattejat Kl*arheit über sich entwickeln* zielt darauf ab, sich seinen Stärken und Schwächen anzunehmen (2008, S. 82). Aus der verfügbaren Literatur sind dazu keine weiteren Ausführungen zu entnehmen. Wir ziehen Parallelen zur Identitätsfindung und greifen diese nochmals auf. Dabei beziehen wir uns auf die Entwicklungsstadien nach Marcia. Ein Mensch durchlaufe im Leben vier Stadien, mit dem Ziel, seine wahre Identität zu finden. Die Entwicklung nehme keinen prototypischen Verlauf an und zwischen den Stadien könne immer wieder gewechselt werden, beispielsweise wenn eine Krise eintritt. (Gerrig, 2018d, S. 419)

Wir erachten das *Stadium des Moratoriums*, die Suche nach der eigenen Identität, als schwierige Phase für GEKO-Betroffene. Hier werden Identitäten erprobt sowie in den Wert- und Zielvorstellungen gegeneinander abgewogen (S. 419). Dabei sehen wir die Zugehörigkeit zu Gleichaltrigen, das Verhältnis zu den primären Bezugspersonen sowie die Bildungsinstitutionen als Einflussfaktoren für das Zurechtfinden im Moratorium. Ghattas sehe bei Jugendlichen mit VdG vielfältige Herausforderungen aufgrund der körperlichen Beschaffenheit (der VdG) und des Zeitpunkts der Diagnosestellung (falls überhaupt eine getroffen wird) (Focks, 2014, S. 9). Diese unterschiedlichen Lebenserfahrungen können unseres Erachtens das Zurechtfinden im Moratorium erschweren, da eine grosse Varianz an unterschiedlichen Lebenserfahrungen bei Jugendlichen mit VdG besteht. Beispielsweise könnte die Frage aufkommen, ob sie mit dem zugewiesenen und sozialisierten Geschlecht zufrieden sind oder nicht. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtsidentität kann Verunsicherung hervorrufen und dazu führen, dass die Frage "Wer bist du?" neu beantwortet werden müsse. (Gregor, 2015, S. 275) Ausserdem sei das Ausbilden der Geschlechtsidentität insbesondere dann herausfordernd, wenn sie vom Umfeld nicht als selbstverständlich angesehen wird (Schweizer, 2012, S. 461)

Weiter möchten wir hervorheben, dass die Wahrscheinlichkeit sich in dieser Sequenz an die Untersuchungen und Behandlungen zu erinnern, hoch sei und retrospektiv oftmals als negative Erinnerungen wahrgenommen werden. Dies bestätigen mehrere Erfahrungsberichte (Zehnder, 2010, S. 195). Zentrale Elemente, welche die Identitätsfindung der GEKO-Betroffe-

nen erschweren, sehen wir in der Tabuisierung der Thematik Intergeschlechtlichkeit und den normtypischen Geschlechtsrollenerwartungen in diversen Sozialisationsräumen von Jugendlichen. Diese “Krise” sei zu überwinden, um in das nächste Stadium nach Erikson *Intimität vs. Isolation* übertreten zu können, welchem Personen im frühen Erwachsenenalter begegnen (Gerrig, 2018d, S. 410). Diese Sequenz behandeln wir im Folgekapitel.

5.2.5 Frühes Erwachsenenalter

In der Sequenz des frühen Erwachsenenalters beziehen wir uns auf die Altersspanne zwischen 18 bis 29 Jahren. Diese Alterseingrenzung komme in der Literatur am häufigsten vor (Fröhlich-Gildhoff & Morciszek, 2021, S. 201). Verschiedene Theoretiker*innen aus der Entwicklungspsychologie sprechen von mehreren Bedürfnissen, welche in dieser Phase relevant werden (Gerrig, 2018d, S. 421). Wir erachten insbesondere die stark individualisierten Lebensentwürfe und eine grosse Entwicklungsvariabilität als mögliche Gründe, die eine eindeutige Zuordnung von Entwicklungskriterien im frühen Erwachsenenalter erschweren können (2018a, S. 202). Wir haben die folgende Auswahl von Bedürfnissen getroffen, welche wir in diesem Kapitel in Bezug zu GEKO-Betroffenen setzen: *Gestaltung von intimen Beziehungen*, *Familienplanung* und A*useinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte.*

Wie bereits bekannt, nimmt die Auseinandersetzung mit der Gestaltung von *intimen Beziehungen* in der Sequenz der Pubertät eine zentrale Funktion ein. Hinzu komme im frühen Erwachsenenalter typischerweise eine verstärkte Bedeutung der sexuellen Bindung und Verbindlichkeit zu anderen Menschen und der sexuellen Selbstbefriedigung (Gerrig, 2018d, S. 421; Fröhlich-Gildhoff & Morciszek, 2021, S. 205). Die allfällige Unsicherheit bezüglich der eigenen Geschlechtsidentität kann es GEKO-Betroffenen erschweren, intime und sexuelle Erfahrung mit anderen Menschen zu machen sowie eine verbindliche Partner*innenwahl zu treffen.
Weitere Schwierigkeiten sehen wir im Zusammenhang mit der sexuellen Befriedigung. Denn aus Behandlungserfahrungen von GEKO-Betroffenen entnehmen wir, dass ein Verlust der Empfindungsfähigkeit vorkommen kann, welche Erregungs- und Orgasmusprobleme mit sich bringt. Gemäss Creighton und Liao sei für GEKO-Betroffene die Wahrscheinlichkeit einen Orgasmus erleben zu können kleiner als für Menschen mit VdG ohne chirurgische Eingriffe. Ob dies durch psychologische oder physiologische Folgen bedingt sei, könne nicht genau gesagt werden. (Creighton & Liao, 2004, S. 660) Weiter begründen Whitney et al. die Relevanz der sexuellen Befriedigungsfähigkeit für das psychische Wohlbefinden (2022, S. 1033). Zudem könne GEKO zu sexuellen Störungen oder negativen Assoziationen mit sexueller Intimität führen (Stern, 2009, S. 68; S. 89). Eine Studie kam zum Ergebnis, dass die sexuelle Funktionsfähigkeit nicht mit dem objektiven Schweregrad eines genitalen Problems korreliert, sondern eher in Zusammenhang mit dem eigenen Körperbild und Stresserleben stehe (Grover, 2012,

S. 331-332). Diese Studien erhärten unseren Verdacht, dass GEKO-Betroffene im frühen Erwachsenenalter mannigfaltigen Herausforderungen bei der Entdeckung ihrer Sexualität begegnen können.

Eine weitere Herausforderung sehen wir bezüglich *der Familienplanung*. Der Kinderwunsch entspreche einer normtypischen Erwartungshaltung von jungen Erwachsenen (Gerrig, 2018d, S. 421). Eigene Kinder haben zu können, führe bei angehenden Eltern zu Zufriedenheit und zur Festigung ihrer eigenen Identität (Wicki, 2019, S. 127). Wir vermuten daher, dass es besonders GEKO-Betroffene mit einer weiblichen Geschlechtsidentität emotional belasten kann, wenn sie erfahren, dass sie keine Kinder bekommen können. Weiter ist entsprechend Kapitel 3.2 zu erwähnen, dass eine Geburtsfähigkeit bei einigen Fällen von VdG vorhanden ist und durch GEKO verloren gehen kann.

Die *Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte* erachten wir als wichtige Aufgabe für GEKO-Betroffene in dieser Sequenz. Die primären Bezugspersonen, der Freundeskreis, enge Verwandte und unterschiedliche Fachpersonen können dabei Unterstützung leisten. (S. 275) Wir erkennen im Fallbeispiel von Christian, dass ihm der Austausch mit seiner damaligen Ärztin geholfen habe und er seinen «inneren Frieden» dadurch finden konnte. Dies zeigt unseres Erachtens, dass ihm das Gespräch geholfen hat, den GEKO und dessen Konsequenzen in seine Lebensgeschichte zu integrieren, was ihm Zufriedenheit brachte. Eine Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte und GEKO hilft Betroffenen ein kohärentes Selbstbild zu entwickeln. Was einen positiven Einfluss auf den weiteren Entwicklungsverlauf hat.

Abschliessend beziehen wir uns nochmals auf die vier Stadien der Identitätsentwicklung nach Marica. Ein gelingender Übergang vom Moratorium zur erarbeiteten Identität kann für GEKO-Betroffene unseres Erachtens durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Körpergeschichte, vorhandenen psychosozialen Versorgungsgefässen und die Offenheit der Gesellschaft gegenüber Menschen mit VdG begünstigt werden. (Gerrig, 2018d, S. 419)

5.2.6 Überblick der altersspezifischen Entwicklungsaufgaben und Herausforderungen

Wir haben eine Auswahl der wichtigsten altersspezifischen Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben getroffen und halten diese zusammenfassend in der untenstehenden Abbildung 1 fest. Alle genannten Faktoren können eine gesunde Entwicklung bei GEKO-Betroffenen erschweren.

5.2.1 Prä- und postnatale Phase

Pränatale Belastungssituation bei der Kindesmutter

Schädigende Auswirkungen auf das gesamte Nervensystem des Kindes und den weiteren Entwicklungsverlauf

Postnatale Depression bei der Kindesmutter

Hohe Wahrscheinlichkeit für Verhaltensauffälligkeiten des Kindes

5.2.2 Frühe Kindheit

Theory of Mind

Handeln und Emotionen anderer können Gefühl von „anders-sein“ hervorrufen

Psychosoziale Stadien nach Erikson: *Autonomie vs. Selbstzweifel*

Selbstzweifel aufgrund von sich „anders“ wahrnehmen

Entwicklungsaufgaben nach Mattejat

Schwierigkeiten beim Aufbau einer sicheren Bindung und bei der sozialen Kontaktaufnahme ausserhalb des Bezugssystems

Starke Identifikation mit männlichen und weiblichen Attributen

Führt dazu, sich entweder als Mädchen oder Junge einordnen zu müssen und kann belastend sein

Psychosoziale Belastung für das primäre Bezugssystem

Gefahr von mangelnder Zuwendung und liebevoller Beziehung durch die Bezugspersonen

5.2.3 Kindheit

Psychosoziale Stadien nach Erikson: von *Initiative vs. Schuldbewusstseins* hin zu *Kompetenz vs. Minderwertigkeit*

Aufkommen von Scham- und Schuldgefühlen bei Kindern

Geschlechtsrollenidentifikation nach Mattejat

Druck sich als männlich oder weiblich einordnen zu müssen

Entwicklung eines positiven Selbstbildes/ Selbstbewusstseins nach Mattejat

Gefahr des Scheiterns unter anderem aufgrund mangelnder Vorbilder

Einfluss der Medien & Institution Schule

Vorleben von stereotypischem Geschlechtsrollenverhalten

Gefahr von Leistungsabfällen

5.2.4 Pubertät

Entwicklungsaufgaben nach Mattejat

Körperliche Reifung

Auseinandersetzung mit der eigenen Körperwahrnehmung sowie Scham- und Schuldgefühlen

Geschlechtsrollenverhalten

Herstellung von Intimität erschwert

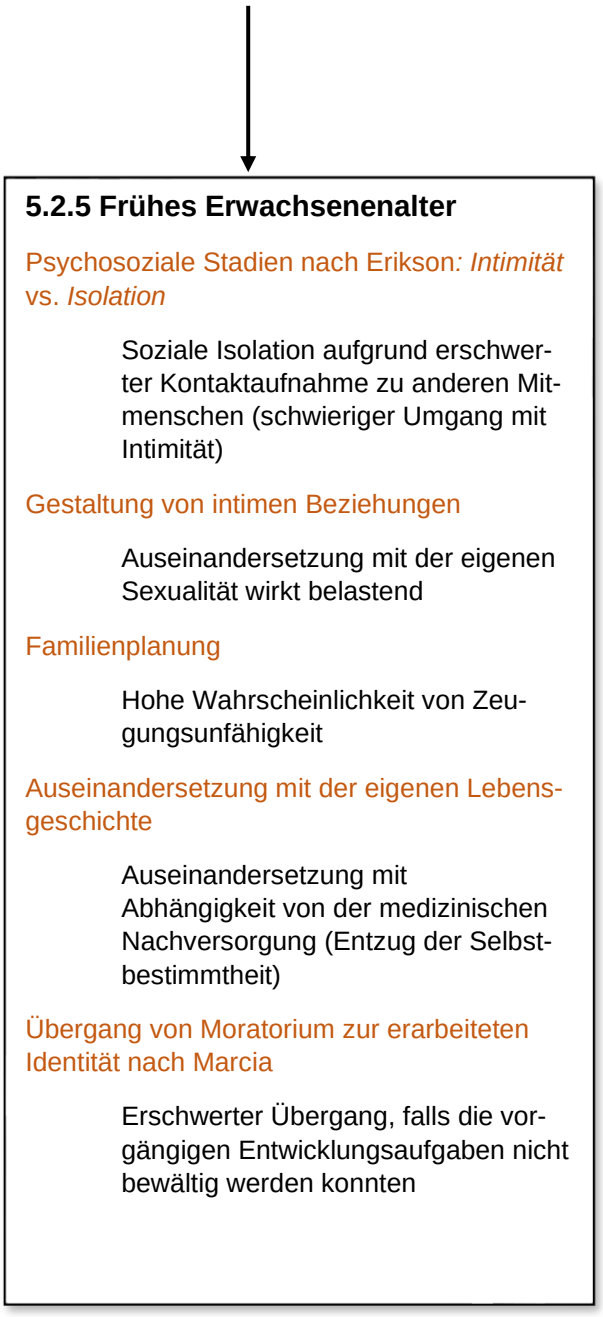
Ruft Gefühl von sozialer Isolation hervor

Klarheit über sich selbst entwickeln

Auseinandersetzung mit dem zugewiesenen Geschlecht → „Wer bin ich?“

Erschwertes Zurechtfinden im Moratorium (nach Marcia)

Starke Beeinflussung durch Bildungsinstitution und Gleichaltrige



Zu lesen ist die *Abbildung 1* wie folgt. Im ersten Kasten links, versehen mit 5.2.1 sind die altersspezifischen Herausforderungen der prä- und postnatalen Sequenz zu entnehmen. Anschliessend wird die Abbildung den Pfeilen nach weitergelesen. Die orange hervorgehobenen Textstellen, stellen jeweils den Bezug zur genannten Theorie oder dem Modell her und unterhalb werden mögliche Entwicklungsherausforderungen für GEKO-Betroffene stichwortartig festgehalten. Inhaltlich gibt es keine Differenzen zwischen den Kapiteln 5.2.1 bis 5.2.5 und der *Abbildung 1*, welche als Fazit der vorangehenden Kapitel verstanden werden kann. Abschliessend halten wir nochmals fest, dass diese Herausforderungen nicht alle betreffen müssen. Einige GEKO-Betroffene können vermutlich alle Entwicklungsaufgaben erfolgreich bewältigen ohne grosse Mühe.

Abbildung 1. **Altersspezifische Herausforderungen von GEKO-Betroffenen**

5.3 Das sequenzielle Traumakonzept für GEKO-Betroffene

In diesem Kapitel widmen wir uns Keilsons Konzept der sequenziellen Traumata, welches wir in Kapitel 4.3.1 vorstellen. Wir wollen den Versuch wagen, die Entwicklungsaufgaben aus dem vorangehenden Kapitel auf dieses Konzept zu adaptieren. Gelingt uns dies, könnten wir aufzeigen, in welchen Sequenzen GEKO-Betroffene am gefährdetsten sind, eine durch GEKO bedingte Traumafolgestörung zu entwickeln. Dafür stellen wir wichtige Aspekte des Konzepts kurz vor. Anschliessend stellen wir der Leserschaft unsere Überlegungen bei der Konzeptadaption vor und ziehen ein Fazit, wie geeignet das Konzept ist.

Keilson habe mit seinen theoretischen Auseinandersetzungen über die antisemitische Verfolgung von Waisenkindern, durch die deutsche Nationalsozialist*innen drei “traumatische Sequenzen” herausarbeiten können, welche die untersuchten Personen erlebten (Müller, 2021, S. 38). Mit diesen Sequenzen hebe Keilson deutlich die politischen Verhältnisse als Ursache für Traumatisierungen hervor. Jedoch seien nicht alle Waisenkinder aus seiner Studie heute noch traumatisiert. (S. 39) Wie aus dem Kapitel 4.3.1 hervorgeht, zeigt Keilson auf, dass die Zeit nach der unmittelbaren Katastrophe, der dritten Sequenz, am wichtigsten sei für die Einschätzung des traumatischen Verlaufs. (Keilson, 2002, S. 57-58).

5.3.1 Anwendung GEKO auf Keilsons Konzept

Wir beabsichtigen das sequenzielle Traumakonzept auf GEKO-Betroffene anzuwenden, um eigene GEKO-spezifische Sequenzen zu erarbeiten. Dabei verfolgen wir nicht die Absicht, die Erfahrungen der jüdischen Waisenkinder zur Zeit des Nationalsozialismus mit denen von GEKO-Betroffenen gelichzusetzen. Dies würde gemäss Müller den jeweiligen politischen Verhältnissen nicht gerecht werden und sei relativistisch. Vielmehr gehe es darum, für den jeweiligen Kontext zutreffende eigene Sequenzen zu erarbeiten. (2021, S. 40)

Die Anwendung des sequenziellen Traumakonzeptes nach Keilson kann uns aufgrund folgender Tatsachen nicht gelingen. Zum einen ist die wissenschaftliche Datengrundlage dafür nicht vorhanden. Zum anderen sind generalisierende Aussagen, welche auf alle VdG zutreffen, kaum möglich. Wir können einzig die Phase der Pubertät als besondere Sequenz hervorheben. Denn bei der Pubertät handelt es sich um eine Phase, die generell besondere Herausforderungen für Menschen mit VdG mit sich bringt, wie aus dem Kapitel 5.2.4 zu entnehmen ist. Die GEKO-Betroffenen befassen sich verstärkt mit ihrer eigenen Geschlechtsidentität, hinterfragen die Entscheide ihrer Bezugspersonen oder versuchen ein kohärentes Selbstbild zu entwickeln. Wir erkennen, dass vor der Pubertät bereits andere Sequenzen stattfinden, können aber keine generalisierenden Aussagen zu ihnen treffen, welche wissenschaftlichen Standards entsprechen.

Aus der dritten Sequenz nach Keilson geht hervor, dass diese letzte Phase am entscheidendsten für den weiteren Verlauf des potenziell traumatischen Prozesses ist. Dieser Sequenz kön-

nen wir die Phase der Pubertät zuordnen, bei der sich die Betroffenen mit ihrer Geschlechtsidentität auseinanderzusetzen. Wie die GEKO-Betroffenen in dieser Phase die vorangegangenen Ereignisse bewerten und einordnen, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab und bestimmt den weiteren Verlauf.
Im Folgenden möchten wir auf das erweiterte sequenzielle Traumakonzept von Becker und Weymann aufmerksam machen. Wir versuchen im nächsten Kapitel neue Erkenntnisse zu unterschiedlichen Sequenzen von GEKO-Betroffenen herauszuarbeiten.

5.3.2 Erweitertes sequenzielles Traumakonzept

Der oben beschriebene Ansatz von Keilson wird von Becker und Weyermann durch die Beschreibung von sechs Sequenzen für den Kontext Flucht von Kindern und Jugendlichen weiterentwickelt (Müller, 2021, S.40-41). Wir verzichten auf weitere ausführliche Beschreibungen dieses erweiterten Konzepts, da wir keinen Mehrwert für unsere Arbeit darin erkennen. Weiter stellen wir trotz der nicht-gelingenden Konzeptanwendung auf den Situationstyp GEKO unsere Überlegungen und weitere nennenswerte Bezüge vor. Wir beziehen uns dafür ausschliesslich auf die Sekundärquelle von Müller und geben daher in diesem Kapitel nur die entsprechenden Seitenzahlen an.

Das erweiterte Konzept erachten wir aufgrund der Chronologie und Linearität als weniger geeignet für einen direkten Vergleich mit GEKO-Betroffenen und deren altersspezifischen Herausforderungen in den verschiedenen Sequenzen. Obwohl Keilson erwähnt, dass dieses Konzept auch auf andere Gruppen als die ursprünglich untersuchte anwendbar sei, sind wir der Ansicht, dass das Leid bei GEKO sicherlich weniger schwerwiegender als das der jüdischen Waisenkinder ist (S. 40). Mit dem Wissen, dass Keilson von «massiv-kumulativen Traumatisierungen» bei seiner untersuchten Gruppe spricht, wäre eine Gleichsetzung mit GEKO relativistisch (S. 44). Der normative Charakter des Konzepts erschwert die Einordnung von GEKO-Betroffenen. So kann es beispielsweise sein, dass eine Person eine Phase überspringt und sich im Konzept nicht wiederfinden kann, was zu einer Verunsicherung führen könnte. Insbesondere wenn eine PTBS vorliegt, die oft mit Grübeleien und negativem Selbstwert in Verbindung steht. Trotzdem haben wir uns dazu entschieden, das Konzept zu erwähnen, da es bei der Analyse helfen könnte, was GEKO-Betroffene in den unterschiedlichen Sequenzen erleben. Diese Informationen können insbesondere für Fachpersonen von Nutzen sein, um qualitativ hochwertige Hilfe anbieten zu können.
Zudem möchten wir damit verdeutlichen, dass ein Trauma nicht abgeschlossen in der Vergangenheit liegt, sondern Auswirkungen auf die Gegenwart und gemachten Erfahrungen hat und somit mitverantwortlich für die innerpsychische Verfassung ist (S. 47). Dieses Zusammenspiel von Gegenwart und Vergangenheit erklärt sich mit dem Nachträglichkeitsprinzip, welches wir

im Kapitel 4.4 vorstellen. So können frühkindliche traumatische Situationen bei der Ausbildung der Geschlechtsidentität wieder hervortreten, was insbesondere bei GEKO-Betroffenen zutreffen kann. In diesem Zusammenhang möchten wir die verzögerte PTBS aufgreifen. Fischer und Riedesser schreiben, dass die verzögerte PTBS erst nach Monaten oder Jahren auftreten könne, wenn dem früheren Erlebnis erst im Nachhinein eine existenzielle Bedrohung zugeordnet werde. Für den Ausbruch der Symptome seien Lebenskrisen oder Umbrüche, wie beispielsweise die Pubertät verantwortlich, welche das latente traumatische Ereignis stimulieren können (2020, S. 53). Die GEKO finden bei Menschen mit VdG zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Lebensverlauf statt. Dies trifft auch für die Erkenntnis zu, intergeschlechtlich zu sein. Weiter hat uns Schweizer bestätigt, dass nachkorrigierende Operationen im Zusammenhang mit GEKO noch immer häufig seien (pers. Mitteilung, 3.11.2022). Diese Beispiele zeigen auf, wie schwierig eine klare Einordnung der GEKO-Betroffenen im Phasenmodell ist.

Abschliessend möchten wir festhalten, dass uns die beiden Konzepte inspiriert haben, aneinander anschliessende Sequenzen für GEKO herauszuarbeiten. Eine direkte Übertragung erachten wir als unmöglich, da es sich bei der untersuchten Gruppe im sequenziellen Traumakonzept und GEKO-Betroffenen um zwei sehr unterschiedliche Gruppen handeln. Weiter fehlt es an empirischem Datenmaterial zu den vielfältigen Entwicklungen nach GEKO. An dieser Stelle möchten wir auf diese Forschungslücke hinweisen. Wenn diese Lücke geschlossen wird, kann ein sequenzielles Traumakonzept die politischen Verhältnisse aufzeigen. Wir sind überzeugt, dass die Ausformulierung und Verbreitung eines sequenziellen Traumakonzeptes für den Situationstyp GEKO, eine politische Wirkkraft entfalten könnte.

5.4 Relevante Faktoren für die Entwicklung nach GEKO

Wir stellen in diesem Kapitel Faktoren vor, welche sich günstig oder ungünstig auf die Entwicklung nach GEKO auswirken. Es liegt die Vermutung nahe, dass diese Faktoren nicht nur bei GEKO, sondern bei Traumata allgemein von Bedeutung sind.

Einerseits analysieren wir Schutzfaktoren, welche zu einer gesunden Entwicklung nach GEKO beitragen können. Rutter definiere Schutzfaktoren als Prozesse, welche einem Menschen erlauben, schwierige Umstände (Stressoren und Risiken) effektiv und erfolgreich zu bewältigen (Grossmann, 2015, S. 29). Grossmann fügt dieser Definition hinzu, dass Schutzfaktoren eine gesunde Entwicklung fördern und Belastungen mildern können (S. 29). Er meint nicht nur Umweltfaktoren, sondern auch individuelle Dispositionen, wie beispielsweise die Intelligenz oder das Temperament eines Kindes, wenn er von Schutzfaktoren schreibt (S. 22). Borg-Laufs differenziert die innerhalb eines Menschen liegenden schützenden Faktoren respektive individuellen Dispositionen von schützenden Umweltfaktoren. Erstere werden als *Resilienz* bezeichnet, letztere als Schutzfaktoren (2019, S. 44).

Andererseits sind *Risikofaktoren* von Laucht definiert als Bedingungen, welche die Wahrscheinlichkeit einer pathologischen Entwicklung erhöhen (2015, S. 54). Analog zur Definition von Schutzfaktoren, zählen einige Autor*innen individuelle Dispositionen zu den Risikofaktoren (Grossmann, 2015, S. 22; Laucht, 2015, S. 64). Die Umwelteinflüsse sind nach Borg-Laufs Risikofaktoren und die individuellen Dispositionen werden als *Vulnerabilität* bezeichnet, wenn sie eine pathologische Entwicklung wahrscheinlicher machen. Sie zählen bestimmte negative frühkindliche Erfahrungen, zum Beispiel den Bindungsstil, ebenfalls zur Vulnerabilität (2019, S. 44). Dieses Beispiel veranschaulich, dass eine klare Unterscheidung von individuellen Dispositionen und Umwelteinflüssen insbesondere in der frühen Kindheit schwierig ist, weil in dieser Lebensphase wichtige Dispositionen in Wechselwirkungen mit der Umwelt entstehen.

Laucht versteht Resilienz als Fähigkeiten, welche einer pathologischen Entwicklung entgegenwirken. Er zählt dazu nicht nur individuelle Dispositionen, sondern auch familiäre Einflüsse, welche Selbständigkeit, Vertrauen und Selbstinitiative fördern sowie ausserfamiliäre Umwelteinflüsse, welche sich positiv auf Fähigkeiten des Kindes auswirken (2015, S. 64). Es bestehen folglich verschiedene Definitionen im Diskurs zu Schutz- und Risikofaktoren respektive Resilienz und Vulnerabilität. Wir versuchen die Unterscheidung von Borg-Laufs im vorliegenden Kapitel bestmöglich vorzunehmen, da wir uns als Sozialarbeitende an die Definition der sozialarbeiterischen Literatur halten möchten.

In Anlehnung an Fischer und Riedesser betrachten wir Risiko- und Schutzfaktoren, innerhalb der traumatischen Situation als trauma-bezogene Situationsfaktoren im Kapitel 5.4.1. Auch die insbesondere nach der Expositionsphase relevanten “korrektiven Faktoren”, wie beispielsweise die subjektive Bewertung der Situation, behandeln wir im Kapitel 5.4.1 (2020, S. 165). Anschliessend wenden wir uns den von Fischer und Riedesser als “protektive Faktoren” bezeichneten Merkmalen zu, welche bereits in die potenziell traumatische Situation mitgebracht werden (S. 164). Diese vorangehenden Faktoren betrachten wir im Kapitel 5.4.2. Abschliessend erläutern wir einige relevante Faktoren, welche nicht in der Literatur der Psychotraumatologie vorzufinden sind, jedoch wichtig sind und teilweise im Kapitel 6 wieder aufgegriffen werden. Abschliessend kontextualisieren wir die Wechselwirkung der Faktoren im Kapitel 4.4 im Fazit zu den aufgeführten Faktoren.

5.4.1 Trauma-bezogene Situationsfaktoren und korrektive Faktoren

Wir erläutern in diesem Kapitel Faktoren aus der verfügbaren Literatur zur Psychotraumatologie, welche relevant sind für Menschen, welche der potenziell traumatischen Situation GEKO ausgesetzt waren oder sind. Wir betrachten an dieser die innerhalb der potenziell traumatischen Situation liegenden Faktoren sowie Faktoren, die insbesondere im Nachgang an die Situation relevant sind. Aufgrund dessen, dass es sich bei GEKO typischerweise um sequen-

zielle Traumata handelt, erscheint uns eine Differenzierung der nachgängigen Faktoren und der Faktoren innerhalb der traumatischen Situation nicht sinnvoll.

Die wichtigsten und nachgewiesenen Faktoren, welche eine positive Verarbeitung einer potenziell traumatischen Situation begünstigen respektive erschweren, halten wir in der *Tabelle 5* fest und erläutern diese anschliessend. Wir verzichten auf die Quellenangaben, da wir viele Aspekte bereits im Kapitel 4 dieser Bachelor-Thesis darlegen oder die Literaturangabe folgt im erläuternden Fliesstext unterhalb der Tabelle 5. Wenn es sich nicht um Umwelteinflüsse (Schutz- oder Risikofaktoren) handelt gemäss Borg-Laufs, werden wir dies im Fliesstext anmerken.

Tabelle 5

Wichtigste trauma-bezogene Situationsfaktoren

Schutzfaktoren	Risikofaktoren
- eine kohärente und organisierte Narration - Erfahrung teilen (künstlerisch oder sprachlich) - Wissen über die GEKO - offener Umgang	- nicht sprechen (können) über Ereignis - Unwissenheit hinsichtlich der Körpergeschichte - (Teil-)Amnesien - Geheimhaltung
- Anerkennung von Fehlern und Wiedergutmachung durch Verantwortliche	- keine als gerecht empfundene Anerkennung des allfälligen Leidensdruckes
- kollektives Trauma (erste Form) - Austausch mit anderen Betroffenen - Vorbilder erkennen	- sich allein fühlen mit GEKO, traumatisches Einzelschicksal
- allfällige Diagnose Traumafolgestörung	- das Gefühl verrückt zu werden - Fehldiagnosen
- Situation external attribuieren	- Situation personell attribuieren
- Situation war absehbar und Kind konnte sich mental vorbereiten - empathische Diagnosemitteilung	- Situation kam überraschend und plötzlich - überfallsartige Diagnosemitteilung
- Bezugspersonen sind während Hospitalisierung verfügbar	- Bezugspersonen sind während Hospitalisierung nicht verfügbar

- eine Fachperson begleitet den Prozess konstant	- viele Wechsel zuständiger Fachpersonen
- fortgeschrittenes Alter	- jüngeres Alter

Wir bewerten eine *Narration des Traumas* zu haben als bedeutendsten Faktor, welcher eine gesunde Entwicklung fördert. Schweizer nennt diesbezüglich das "*Wissen über die Körpergeschichte*" als Schutzfaktor. Dementsprechend sieht sie das "*Nicht-Sprechen*" über die GEKO als Risikofaktor (pers. Mitteilung, 3.11.2022). Das Fallbeispiel von Ernst Bilke zeigt, wie belastend die Unkenntnis über den eigenen Körper und die eigene Körpergeschichte empfunden werden kann im Zusammenhang mit GEKO. Bilke meint, dass er ein gesundes Selbstwertgefühl hätte entwickeln können, wenn er die Wahrheit seiner Intergeschlechtlichkeit gekannt hätte (Stern, 2009, S. 72). Ausserdem habe er daran gelitten, dass er lange nicht wusste, was besonders an ihm ist (S. 71). Auch Zehnder macht auf die positive Wirkung des Wissens über die eigene Körpergeschichte aufmerksam in Bezug auf das Selbstbild und den weiteren Entwicklungsverlauf nach GEKO (2010, S. 198; S. 200).

Die Narration als Schutzfaktor für eine günstige Traumaverarbeitung erläutern wir bereits im Kapitel 4.4 dieser Bachelorthesis. Ehlers und Clark schreiben, dass belegt wurde, dass eine kohärente und organisierte Narration eines traumatischen Ereignisses, PTBS und deren Aufrechterhaltung vorbeugen könne (2000, S. 342). Es sei ein Teil eines Therapieansatzes für PTBS, das Trauma detailliert in Worte zu fassen (S. 337) sowie darüber nachzudenken (S. 336). Ehlers und Clark erläutern dies mittels der Metapher, dass die Puzzleteile der EatE organisiert werden müssen, um die Türe zum Trauma vollständig zu schliessen. Durch diese vollständige Schliessung der Türe, werde das Trauma verarbeitet und in der Vergangenheit belassen. Dadurch würden beispielsweise unkontrollierbare Reaktionen auf Triggerreize, Intrusionen und Vermeidung als Symptome verschwinden oder verringert (S. 336).

Allerdings ist es auch möglich nicht vom Sprechen über die potenziell traumatische Situation zu profitieren. Dies sei dann der Fall, wenn es sich um Grübeln hinsichtlich möglicher Interventionsmöglichkeiten, welche das Trauma hätten verhindern können oder um emotionslose Schilderungen handelt (S. 335). Förderlich sei das Sprechen über traumatische Situationen besonders dann, wenn übertriebene und unrealistische Gedanken und Gefühle, wie beispielsweise eine Übergeneralisierung der traumabezogenen Ängste, korrigiert werden können (S. 323). Demgegenüber könne das Nicht-Sprechen mit dem Umfeld über die potenziell traumatische Erfahrung negative Gedanken (z.B. "Ich bin allen egal."), Gefühle wie Einsamkeit, Ohnmacht und Verzweiflung verstärken sowie auch PTBS-Symptome (S. 323). Für Kleinkinder ist es unmöglich, die potenziell traumatische Situation GEKO sprachlich zu fassen und zu verarbeiten. Dadurch präge eine traumatische Situation in der frühen Kindheit besonders stark, wie

wir im Kapitel 4.4 ausführlicher erläutern. Ausserdem sind die EatE typischerweise bei Kindern schwach ausgearbeitet und durch *(Teil-)Amnesien* charakterisiert, aufgrund ihres kognitiven Niveaus. Wenn EatE inadäquat in den Kontext eingeordnet werden (z.B. hinsichtlich der Zeit, Orten, vor- oder nachgängigen Informationen) erhöhe sich die Wahrscheinlichkeit, das Trauma pathologisch als aktuelle Bedrohung wahrzunehmen (S. 325).

Die Ausführungen in diesem Abschnitt beziehen sich auf Aspekte, welche wir bereits im Kapitel 4.4 dieser Bachelor-Thesis aufgreifen. In der Tabelle 5 sind sie der ersten Zeile zugeordnet. Das Trauma kann *in künstlerischer Weise geteilt* werden, was ebenfalls eine heilsame Wirkung befördern könne. Spezifisch für Kindheitstraumata ist erneut auf das repetitive Spiel hinzuweisen, welches eine gesunde Traumaverarbeitung befördere.
Dies verdeutlicht das Konzept des kollaborativen Storytellings. Das Ziel dieses Konzeptes ist, dass die Kinder ihre Geschichte anhand eines fiktiven Charakters artikulieren können, was ihnen das Distanzieren von der Vergangenheit und deren Integration in die eigene Biografie erleichtern solle. Insbesondere für die Arbeit mit Kindern an stigmatisierten und schambehafteten Themen eigne sich diese partizipative Methode (Langer et al., 2020, S. 21-23). In diesem Zusammenhang wird der *offene Umgang* mit den VdG als Schutzfaktor gesehen. Denn die *Geheimhaltung* könne das ganze Bezugssystem belasten und zur Entwicklung von Schamgefühlen beitragen. (Stern, 2009, S. 91; Schweizer, pers. Mitteilung, 3.11.2022)

Grundsätzlich förderlich für eine günstige Entwicklung nach einem potenziell traumatischen Ereignis sind die *Anerkennung von Fehlern, Wiedergutmachung und die Übernahme von Verantwortung* durch die Menschen, welche das Trauma verursachten (Fischer & Riedesser, 2020, S. 70; S. 81). Uns ist an dieser Stelle wichtig erneut zu betonen, dass wir nicht der Ärzteschaft oder den Bezugspersonen die Schuld für eine möglicherweise pathologische Entwicklung eines Kindes nach GEKO zuschreiben wollen. Allerdings weisen wir darauf hin, dass der Verarbeitungsprozess von Betroffenen stagniere, wenn ihr Leiden nicht in einer als gerecht empfundenen Weise anerkannt werde (S. 105). Hinzufügen wollen wir dieser Aussage unsere Sichtweise, dass traumatisierten Personen durchaus die Möglichkeit bleibt, sich mit Ungerechtigkeit abzufinden und so auch ohne Verantwortungsübernahme im Verarbeitungsprozess voranzukommen.
Das Fallbeispiel von Christian aus dem Kapitel 3.10.2 dieser Bachelor-Thesis zeigt auf, dass eine Entschuldigung durch die Ärzteschaft erleichternd sein und subjektiven Leidensdruck mindern kann. Auch das offene Sprechen mit den Eltern und eine Verantwortungsübernahme ihrerseits kann die Verarbeitung des GEKO positiv beeinflussen.

Ein Risikofaktor ist wie bereits mehrfach erwähnt die Wahrnehmung der traumatischen Situation als traumatisches *Einzelschicksal.* Wenn das Trauma demgegenüber als *kollektives Trauma* (erste Form) empfunden wird, ist die betroffene Person weniger gefährdet hinsichtlich einer pathologischen Entwicklung. Schweizer nennt passend dazu das *Gefühl* mit GEKO oder der VdG *allein zu sein* als Risikofaktor, insbesondere hinsichtlich des Selbstwerts einer Person.
Demgegenüber sei der *Austausch mit anderen Betroffenen* ein Schutzfaktor, da dieser beispielsweise die Möglichkeit eröffnet *Vorbilder und empowernde Menschen* kennenzulernen. Diese Möglichkeit zur Kontaktschliessung und Vernetzung zu Selbsthilfeorganisationen sieht Schweizer als segensreichen Aspekt der sozialen Medien (pers. Mitteilung, 3.11.2022). Wir sind ebenfalls der Meinung, dass die sozialen Medien eine positive Wirkung für Betroffene entfalten können. Allfällige negative Wirkungen der sozialen Medien erläutern wir im Kapitel 6.

Wir beschreiben bereits im Kapitel 4.1.3 dieser Bachelor-Thesis, dass sich der Erhalt einer *Diagnose* positiv auf den Verarbeitungsprozess einer traumatisierten Person auswirken kann. Sie kann Menschen mit einer Traumafolgestörung das Gefühl nehmen, verrückt zu werden. Da die Verbindung der gegenwärtigen Symptome mit einer vergangenen Situation Menschen helfen kann, die Schwierigkeiten nicht mehr personell zu attribuieren und ihnen eine Erklärung liefert für die Symptome (Brisch, 2015, S. 121; Fischer & Riedesser, 2020, S. 139).
Die *Fehldiagnosen* bei Traumafolgestörungen sind insbesondere bei Kindern und Jugendlichen häufig. Es ist leicht nachvollziehbar, dass beispielsweise die Diagnose einer Angststörung oder Depression von Betroffenen eher personal attribuiert wird als eine Traumafolgestörung, welche die Störungsursache ausserhalb der Person lokalisieren kann. Des Weiteren beschreiben Fischer und Riedesser die traumabedingten Erregungszustände als besonders bedrohlich, wenn diese von Betroffenen nicht mit der traumatischen Situation in Verbindung gebracht werden können (2020, S. 128). Durch Fehldiagnosen werden Betroffenen unseres Erachtens allfällige Symptome einer PTBS mit höherer Wahrscheinlichkeit nicht mit GEKO in Verbindung bringen können.

Kinder bringen entsprechend Kapitel 4.4. die Disposition mit, Ereignisse *personell zu attribuieren*, was eine Aufrechterhaltung oder Ausbildung einer PTBS wahrscheinlicher mache. Ehlers und Clark schreiben, dass durch dissoziative Amnesien die Wahrscheinlichkeit erhöht werde, dass sich Betroffene selbst die Schuld für traumatische Ereignisse geben (2000, S. 327). Die *(Teil-)Amnesien* könnten die Tendenz von Kindern erklären, sich selbst die Schuld an traumatischen Ereignissen zu geben. Allerdings ist dieser Zusammenhang unseres Wissens noch nicht empirisch nachgewiesen. Ob die personale respektive externale Attribution

der potenziell traumatischen Situation zu den Umwelteinflüssen oder zu den individuellen Dispositionen gezählt werden sollte, lassen wir an dieser Stelle bewusst offen. Da unseres Erachtens beide Kategorien in Wechselwirkung über den Attributionsstil entscheiden.

Ausserdem sind *absehbare potenziell traumatische Situationen* grundsätzlich weniger schwerwiegend als *unvorhersehbare oder plötzliche traumatische Ereignisse* (Fischer & Riedesser, 2020, S. 163-165). Dies erklären wir uns durch die Möglichkeit der mentalen Vorbereitung auf das potenziell traumatische Ereignis, welche insbesondere bei Kindern bedeutend erscheint im Zusammenhang mit Aufenthalten im Krankenhaus. Vorhersehbarkeit und Wissen gehen mit dem wichtigen Gefühl von Sicherheit einher, wohingegen Unvorhergesehenes und Unerwartetes zu Verunsicherung führen. Sicherheit und Orientierung sind wichtige Aspekte zur Vorbeugung von Traumata.
Die *Art der Diagnosemitteilung* ordnen wir in der Tabelle 5 dem vorangehenden Faktor zu, da sie massgeblich daran beteiligt ist, ob der Eingriff überraschend oder absehbar wahrgenommen wird. Im Kapitel 4.5 führen wir aus, dass eine empathische Diagnosemitteilung positiv auf den weiteren “Krankheitsprozess” wirkt. Schweizer macht ausserdem darauf aufmerksam, dass die Diagnosemitteilung ein Schockmoment sein könne, welcher sich einbrennt (pers. Mitteilung, 3.11.2022).

Auf die Relevanz einer stabilen Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson wird als protektiver Faktor im Kapitel 5.4.2 aufmerksam gemacht. An dieser Stelle wird mit Verweis auf das Kapitel 4.6 die *Verfügbarkeit* dieser *Bezugsperson(en)*, während durch GEKO bedingten *Hospitalisationen* hingewiesen. Wenn Kleinkinder, insbesondere in einer oftmals angstbehafteten Ausnahmesituation wie einem Krankenhausaufenthalt, von ihrer Bezugsperson getrennt sind, kann dies langfristige und ungünstige Auswirkungen auf alle ihre zukünftigen Beziehungen haben. Daher ist die Anwesenheit und Verfügbarkeit der Bezugsperson(en) ein relevanter Schutzfaktor.

Im Kapitel 4.5 dieser Bachelor-Thesis machen wir auf die positiven Auswirkungen aufmerksam, welche eine *konstante Begleitung durch dieselbe Fachperson* im Falle von lebensbedrohlichen Krankheiten hat. Wir glauben, dass sich dieser Schutzfaktor auch auf GEKO-Betroffene übertragen lässt, weil das Thema Genitalien und Sexualität schambehaftet und daher ein Vertrauensverhältnis zu Fachpersonen besonders wichtig ist. Denn so getrauen sich Bezugspersonen und die GEKO-Betroffenen eher, in Beratungen offen über ihre Ängste, Wünsche und Sorgen zu sprechen. Auch Groneberg macht auf die Relevanz konstanter Begleitpersonen aufmerksam und weist auf die erhöhten Unannehmlichkeiten hin, wenn viele verschiedene Ärzt*innen Genitaluntersuchungen durchführen (2012, S. 489). Lampalzer et

al. machen auf negative Auswirkungen auf das psychosoziale Wohlbefinden aufmerksam, welche Genitaluntersuchungen grundsätzlich mit sich bringen (2020, S. 485). Diese können unseres Erachtens durch konstante Begleitung durch eine medizinische Fachperson vermindert werden.

Im Kapitel 4.4 weisen wir darauf hin, dass bei allen potenziell traumatischen Situationen die Wahrscheinlichkeit einer pathologischen Entwicklung mit steigendem *Alter* des betroffenen Kindes sinkt. Dementsprechend gilt ein besonders junges Alter zum Zeitpunkt der GEKO als Risikofaktor, während ein fortgeschrittenes Alter als Schutzfaktor gelten kann. Dies geht insbesondere darauf zurück, dass Traumata erst ab dem Alter von 7 Jahren kognitiv nachvollziehbar seien (Fischer & Riedesser, 2020, S. 85). Wenn GEKO vor diesem Alter durchgeführt werden, kann es zu einer “traumatischen Identität(-sbildung)” kommen, da die Situation nicht differenziert werden kann von nichttraumatischen Erfahrungen. Das Kind übergeneralisiere dann die Situation GEKO auf alle Lebensbereiche, weil ihm die Fähigkeiten fehlen, die potenziell traumatische Situation zu verbalisieren und zu verarbeiten. So könne ein Trauma die gesamte Welt des Kindes ausmachen (Diepold, 2002, S. 133).

Im Falle von dissoziativen Amnesien, welche bei GEKO-Betroffenen aufgrund des jungen Alters wahrscheinlich sind, wird grundsätzlich die Anerkennung der EatE durch Therapierende empfohlen, sofern keine klaren Indizien gegen die Wahrheit der Erinnerungen sprechen. Die Betroffenen sollten in einer unterstützenden und vertrauensvollen Atmosphäre selbst eine kritische Haltung gegenüber ihrer EatE entwickeln. Die Therapeut*innen sollten durchaus in ihrer Reflexion die EatE hinterfragen, dies aber den Patient*innen nicht vorschnell mitteilen (Van der Hart & Nijenhuis, 1999, S. 38). Wir glauben, dass diese Handlungsempfehlung für den therapeutischen Kontext auf die Arbeit von Sozialarbeitenden oder den Umgang mit EatE im persönlichen Umfeld übertragen werden kann.

Ehlers und Clark weisen darauf hin, dass einige ihrer genannten Faktoren, welche im Falle einer PTBS positive Auswirkungen zeigen, noch systematisch erforscht werden müssen (2000, S. 342). Daher führen wir nur eine Auswahl an dieser Stelle aus. Wenn eine Person nach GEKO Reaktionen auf Triggerreize, wie beispielsweise das Krankenhaus zeigt, hilft es, diese Triggerreize zu identifizieren und zu verstehen (S. 326; S. 341). Ausserdem führen irreversible “Verletzungen” durch die potenziell traumatische Situation mit höherer Wahrscheinlichkeit zu negativen Gedanken, wie beispielsweise der Überzeugung das Leben sei ruiniert. Die GEKO können unseres Erachtens von Betroffenen als irreparable Verletzung wahrgenommen werden (S. 332). Relevant erscheint uns des Weiteren die Feststellung, dass aktive Unterdrückung der Intrusionen ihre Auftretenswahrscheinlichkeit erhöht (S. 323; S. 329). Auf-

grund dessen wird von Bering et al. zur Traumatherapie die Exposition mit dem Trauma und damit in Verbindung stehenden Reizen hervorgehoben (2016, S. 45). Wir weisen darauf hin, dass die Faktoren in diesem Abschnitt relevant sind für Betroffene, welche eine PTBS-Symptomatik nach GEKO zeigen und nicht für Individuen, welche GEKO erfolgreich verarbeiten konnten.

Bevor wir im Kapitel 5.4.4 ein abschliessendes Fazit zu allen Faktoren ziehen, wenden wir uns den protektiven Faktoren der Psychotraumatologie zu sowie anschliessend im Kapitel 5.4.3 den relevanten Faktoren, welche nicht aus der psychotraumatologischen Literatur hervorgehen.

5.4.2 Protektive Faktoren der Psychotraumatologie

In diesem Kapitel betrachten wir relevante protektive Faktoren aus der Literatur der Psychotraumatologie, welche vor dem Eintreten der GEKO relevant sind. Wir entscheiden uns, die Faktoren in diesem Kapitel alle unter Vulnerabilität respektive Resilienz zu subsumieren. Aufgrund dessen, dass viele Faktoren in Wechselwirkung zwischen individuellen Dispositionen und Umwelteinflüssen entstehen und sie indessen nicht eindeutig zu trennen sind voneinander. Da die protektiven Faktoren in der dynamischen Verlaufsgestalt zeitlich vor der traumatischen Situation lokalisiert werden und daher von der betroffenen Person inkorporiert wurden, erscheint uns die Bezeichnung “Vulnerabilität respektive Resilienz” passender. Obschon wir uns bewusst sind, dass einige der unten genannten Faktoren durch Umwelteinflüsse bedingt sind, auf welche wir im Fliesstext aufmerksam machen.

In der Tabelle 6 wird eine Auswahl der protektiven Resilienz- und Vulnerabilitätsfaktoren übersichtlich dargestellt. Analog zum vorangehenden Kapitel verzichten wir auf Quellenangaben innerhalb der Tabelle 6 und führen sie im Fliesstext unterhalb auf.

Tabelle 6

Wichtigste protektive Faktoren

Resilienzfaktoren	Vulnerabilitätsfaktoren
- ausreichende soziale Unterstützung oder Bindung	- mangelnde soziale Unterstützung oder Bindung
- keine psychischen Vorbelastungen vor dem Trauma	- Vorbelastungen, wie psychiatrische Erkrankungen in der Familie, individuelle Vortraumata oder psychologische Anpassungsprobleme

- überdurchschnittliche Intelligenz	- unterdurchschnittliche Intelligenz
- robustes, kontaktfreudiges und aktives Temperament	- vorsichtiges, schüchternes, ängstliches und passives Temperament
- Entlastung der Eltern durch kompensatorische Beziehungen	- wenige familiäre, kompensatorische Beziehungen sowie alleinerziehende Bezugsperson
- Gute Schulbildung der Eltern oder guter sozioökonomischer Status der Familie	- allfällige Sprachbarrieren der Eltern oder niedriger sozioökonomischer Status der Familie

Bering et al. nennen relevante Resilienzfaktoren gegen PTBS, welche in einer Metaanalyse als besonders bedeutsam eingestuft wurden. Leider haben wir keinen Zugriff auf die Primärliteratur, weshalb wir uns für eine Auswahl von relevanten Faktoren auf Bering et al. als Sekundärliteratur stützen.

Sie nennen die *mangelnde soziale Unterstützung* als Vulnerabilitätsfaktor (2016, S. 44). Fischer und Riedesser beziehen sich in ihren Ausführungen zu den protektiven Faktoren auf die Studienanalyse von Egle et al., welche biographische Faktoren herausarbeitet. Leider ist uns diese Primärliteratur nicht zugänglich, weshalb wir uns auf die Zusammenfassung von Fischer und Riedesser beziehen. Darin ist “eine dauerhafte gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson” enthalten als Resilienzfaktor und wird von der Autorenschaft hervorgehoben (2020, S. 164). Diese ordnen wir der *Bindung* zu, welche wir im Kapitel 4.4.1 bereits als besonders relevanter Faktor gegen Traumatisierungen aller Art benennen. Papousek und Wollwerth de Chuquisengo bezeichnen die sichere Bindung als bedeutendsten Schutzfaktor in der Entwicklung von Kindern (2015, S. 136). Fischer und Riedesser weisen darauf hin, dass belastende Lebensereignisse in Kombination mit einer unterstützenden und empathischen Bezugsperson möglicherweise sogar resilienter machen könnten für den weiteren Lebensverlauf. Dies macht deutlich, dass posttraumatisches Wachstum möglich ist, bei welchem Menschen reifer und belastbarer werden, sofern die schützenden Faktoren die Belastung ausgleichen können (2020, S. 165). Bei der Bindung handelt es sich unseres Erachtens um einen Umweltfaktor während der frühen Kindheit. Im weiteren Lebensverlauf kann die sichere emotionale Basis, welche aus guten Bindungen hervorgeht, als Resilienzfaktor bezeichnet werden.

Bering et al. nennen allfällige *Vortraumatisierungen*, die aus der Wechselwirkung zwischen individuellen Dispositionen und Umwelteinflüssen resultieren und eine pathologische Entwick-

lung wahrscheinlicher machen. Im Falle von GEKO könnten dies beispielsweise Deprivationstraumata oder andere vorangehende Integritätsverletzungen sein. Als Vulnerabilitätsfaktoren nennen Bering et al. Vorbelastungen durch psychiatrische Erkrankungen in der Familie oder psychologische Anpassungsstörungen, welche bereits vor der potenziell traumatischen Situation vorliegen (2016, S. 44). Wir erachten psychische Erkrankungen der Eltern als Vulnerabilitätsfaktor und Risikofaktor, da sie sowohl genetische Veranlagungen beim Kind sowie auch ungünstiges Verhalten der Eltern als Umwelteinfluss begünstigen.

Eine *überdurchschnittliche Intelligenz* wird in der Literatur der Psychotraumatologie als protektiver Faktor genannt (Fischer & Riedesser, 2020, S. 164). Interessant ist dazu, dass Ehlers und Clark eine überdurchschnittliche Intelligenz auch im Nachgang zu einer potenziell traumatischen Situation als relevanten Resilienzfaktor sehen, welcher vor der Aufrechterhaltung und der Ausbildung einer PTBS schütze (2000, S. 332).

Das *Temperament* eines Menschen ist genetisch bedingt und bezeichnet überdauernde verhaltens- und emotionsbezogene Reaktionsmuster (Gerrig, 2018d, S. 412). Fischer und Riedesser erachten ein robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament insbesondere für den Ausgleich defizitärer Bindungen für relevant (2020, S. 164-165). Wir leiten daraus ab, dass ein vorsichtiges, ängstliches, schüchternes und passives Temperament als Vulnerabilitätsfaktor gelten kann. Für GEKO-Betroffene sehen wir mehrere Vorteile des robusten, aktiven und kontaktfreudigen Temperamentes. Beispielsweise kann einfacher über die GEKO gesprochen werden mit anderen und die Kontaktaufnahme zu Selbsthilfeorganisationen fällt wahrscheinlich leichter. Hinzu kommt, dass durch soziale Kontakte und Aktivitäten die Aufrechterhaltung und Ausbildung von PTBS unwahrscheinlicher werde (Ehlers & Clark, 2000, S. 328-329).
Fischer und Riedesser nennen in diesem Zusammenhang auch die soziale Förderung in Vereinen als Schutzfaktor (2020, S. 164) sowie schlechte Beziehungen zu Gleichaltrigen als Risikofaktor. Zudem nennt Schweizer die soziale Isolation oder soziale Ausgrenzung als Risikofaktor für eine pathologische Entwicklung nach GEKO (pers. Mitteilung, 3.11.2022). Diese genannten Faktoren stehen unseres Erachtens in Verbindung zum Temperament, weshalb wir an dieser Stelle auf sie hinweisen.

Fischer und Riedesser kategorisieren eine *alleinerziehende Bezugsperson* als Risikofaktor für eine pathologische Entwicklung nach einer potenziell traumatischen Situation (2020, S. 166). Dementsprechend sehen sie das Aufwachsen in einer grossen Familie mit *kompensatorischen Beziehungen* als Schutzfaktor, wie beispielsweise unterstützende Grosseltern (S. 164). Diese beiden Faktoren betreffen insbesondere die Be- respektive Entlastung der Bezugspersonen nach GEKO. Wenn eine Familie mehr als 4 Kinder hat, ist dies ein grundsätzlicher Risikofaktor

für die Entwicklung eines Kindes vor dem 6. Lebensjahr (Grossmann, 2015, S. 23).
Wenn viele Kinder in der Familie sind und eines GEKO durchlebt, was mit zahlreichen stationären und ambulanten Krankenhausaufenthalten verbunden ist, bedeutet dies eine grosse Belastung für die primäre(n) Bezugsperson(en). Daran wird die Entlastung durch allfällige unterstützende Familienmitglieder, wie Tanten, Onkel oder Grosseltern deutlich. Grosse Belastungen der Bezugsperson können darüber hinaus zu chronischer Disharmonie in der Familie beitragen, welche Fischer und Riedesser als Risikofaktor nennen (S. 166).

Abschliessend sehen wir den *sozioökonomischen Status* der Familie als relevanten Faktor in der psychotraumatologischen Literatur (Fischer & Riedesser, 2020, S. 166). Da finanzielle Mittel Entlastungsmöglichkeiten wie beispielsweise eine Haushaltshilfe ermöglichen können. Im Kapitel 5.1 weisen wir auf die fehlende Kostenübernahme von unabhängigen Beratungsstellen für Bezugspersonen von GEKO-Betroffenen oder Kindern mit VdG hin. Dementsprechend entscheiden die finanziellen Mittel einer Familie massgeblich über den Zugang zu solchen Beratungsstellen. Diese erweisen sich wiederum in der «Hamburger Intersex Studie» als wichtige und nützliche Angebote, welche die Eltern unterstützen können (Schweizer et al., 2015, S. 46-47).
Wir sehen eine Verbindung, zwischen dem sozioökonomischen Status und der *Schuldbildung der Eltern*, weshalb wir diese Faktoren gemeinsam aufführen in der Tabelle 6 (Fischer & Riedesser, 2020, S. 166). Aufgrund der Komplexität der Thematik VdG und GEKO erscheint uns die Schuldbildung der Eltern relevant. Mangelnde Schuldbildung oder *Sprachkenntnis*, führt zu Schwierigkeiten der Eltern, eine informierte Entscheidung treffen zu können. Hinzu kommt, dass die verfügbaren Informationen unter Umständen nicht gefunden oder missverstanden werden.

5.4.3 Weitere relevante Faktoren

Nun wenden wir uns relevanten Faktoren zu, welche grundsätzlich die Entwicklung eines Kindes beeinflussen und nicht in der uns zur Verfügung stehenden psychotraumatologischen Literatur beinhaltet sind. Wir weichen in diesem Teilkapitel bewusst von der Fragestellung ab, da wir einige relevante Faktoren nicht auslassen wollen, die Kinder nach GEKO vulnerabler oder resilienter machen können. In der Literatur finden sich zahlreiche Faktoren. Wir haben diejenigen ausgewählt, welche unseres Erachtens am bedeutendsten für GEKO-Betroffene sind oder solche, welche wir im Kapitel 6.2 aufgreifen. Diese fassen wir in der Tabelle 7 übersichtlich zusammen. Wieder verzichten wir zugunsten der Übersichtlichkeit auf die Quellenangaben innerhalb der Tabelle und führen sie im erklärenden Fliesstext unterhalb an.

Tabelle 7

Relevante Faktoren (nicht aus der psychotraumatologischen Literatur)

Schutz- und Resilienzfaktoren	Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren
- positive Erwartungen der Bezugspersonen hinsichtlich der kindlichen Entwicklung	- negative Erwartungen der Bezugspersonen hinsichtlich der kindlichen Entwicklung
- übereinstimmend mit der subjektiven Geschlechtsidentität leben können	- kein ergebnisoffener Umgang der Eltern bezüglich der Geschlechtsidentität
- hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung und aktives Bewältigungsverhalten	- tiefe Selbstwirksamkeitserwartung und passives Bewältigungsverhalten
- nicht pathologisierender Umgang durch Fachpersonen	- pathologisierender und stigmatisierender Umgang von Fachpersonen
- städtische Wohnlage	- ländliche Wohnlage

Wichtig erscheinen uns die Erwartungen der Bezugsperson(en) hinsichtlich des Wohlbefindens des Kindes nach GEKO. Gerrig beschreibt den Mechanismus der *sich selbst erfüllenden Prophezeiungen*. Dies sind Annahmen und Vorhersagen über zukünftige Situationen, welche das Verhalten dahingehend beeinflussen, dass das Erwartete eintritt (2018e, S. 653). Die *Erwartungen der Bezugspersonen gegenüber ihrem Kind* seien vermutlich eine der wirkmächtigsten Erwartungen und ihr Einfluss ist empirisch nachweisbar (S. 654). Daher sehen wir positive Erwartungen der Bezugsperson(en) hinsichtlich der Entwicklung ihres Kindes nach GEKO als Schutzfaktor. Wenn die Bezugsperson(en) demgegenüber eine Beeinträchtigung ihres Kindes und dessen sozialen Beziehungen durch die GEKO vermuten, wird das Kind nicht unerheblich durch diese Erwartung beeinflusst. Wir versuchen den Wirkmechanismus einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung anhand eines fiktiven Beispiels zu verdeutlichen.

Wenn eine Bezugsperson einem Kind implizit oder explizit mitteilt, dass es anders sei und seine Besonderheit in der Schule verstecken sollte, wird sich das Kind dementsprechend verhalten. Die Mitschüler*innen könnten die Erwartungen des GEKO-betroffenen Kindes wahrnehmen und es entsprechend dieser Erwartungen auch als “anders” einstufen und behandeln. Mobbing könnte im Extremfall daraus resultieren.

Andererseits können positive, implizit oder explizit mitgeteilte Erwartungen der Bezugsperson(en) das Kind bestärken in seinem Selbstwert. Beispielsweise könnte eine Bezugsperson dem Kind das Gefühl geben, “normal” zu sein und könnte explizit auf die schöne Zeit,

welche es in der Schule haben werde, hinweisen. Diese Überzeugungen würden sich tendenziell auf das Kind übertragen, welche es wiederum auf seine Mitschüler*innen überträgt. Groneberg bezieht sich auf die *Lübecker Empfehlungen zu "Intersexualität"* und sagt, dass eine Erziehung, welche Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein herstelle, am wichtigsten sei für Kinder mit VdG (2012, S. 486). Wir sind überzeugt, dass dies auch auf GEKO-Betroffene zutrifft sowie auf alle anderen Kinder. Die Erwartungen der Eltern haben vermutlich einen grossen Einfluss auf den Selbstwert eines Kindes.
Wichtig dazu ist uns, dass die Eltern nicht lügen sollten, sondern eine offene und ehrliche Kommunikation wichtig bleibt (S. 488). Relevant ist dieser Faktor für die Begleitung und die Beratungsstellen, welche Eltern von Kindern mit VdG oder GEKO beraten. Diese Fachpersonen sollten sich bewusst sein, dass positive Erwartungen der Eltern ein schützender Faktor für die Entwicklung des Kindes sind. Ausserdem werden wir diesen Mechanismus erneut aufgreifen, wenn wir den positiven und negativen Einfluss der Medien im Kapitel 6.2 analysieren.

Wie wir bereits in den Kapiteln 5.2.3 und 5.2.4 ansprechen, gibt es einen positiven Einfluss durch eine *möglichst selbstbestimmte Entwicklung der Geschlechtsidentität.* Nach Groneberg sollte die diesbezügliche *Haltung der Eltern ergebnisoffen* sein. Er führt dies darauf zurück, dass die Zufriedenheit begünstigt werde, wenn man übereinstimmend mit der subjektiven Geschlechtsidentität leben könne (2012, S. 487). Da die Umwelt und individuelle Dispositionen in Wechselwirkung die Geschlechtsidentität hervorbringen, braucht das Kind Zeit und Unterstützung sich selbst im Geschlechtersystem einzuordnen (S. 497).
In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass gemäss Schweizer die Möglichkeit eines *Eintrages im Personenstandregister* als *divers* oder *kein Eintrag* Eltern den Druck nehmen könne, ein Geschlecht zuzuweisen. Hinzu kommt, dass ein Kind sich beiden Geschlechtern zugehörig fühlen kann oder auch keinem. Wenn es sich nicht entsprechend eintragen lassen kann, wird seine subjektive Geschlechtsidentität nicht anerkannt. (2012, S. 464; S. 459) Dies geht darauf zurück, dass die eigene Identität unter anderem auf der Anerkennung durch andere beruhe. Wenn ein Kind beispielsweise in der Schule sagt, dass es weder Mädchen noch Junge sei, ist es wichtig, dass Mitschüler*innen und die Lehrerschaft diese subjektive Geschlechtsidentität anerkennen. Wenn Menschen diese Selbstwahrnehmung abgesprochen wird, ist es schwieriger, die zentrale Aufgabe der Identitätsbildung zu bewältigen. (S. 460)

Borg-Laufs sehe "*hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung und aktives Bewältigungsverhalten*" als Resilienzfaktor (2019, S. 45). Diese Fähigkeiten werden unseres Erachtens durch einen autoritativen Erziehungsstil begünstigt. Gerrig sieht den autoritativen respektive demokratischen Erziehungsstil als förderlich für eine gesunde Entwicklung der meisten Kinder (2018d,

S. 414). Da durch die mit diesem Stil verbundenen hohen Erwartungen und klaren Regeln in einem liebevollen und interaktiven Kontext eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung begünstigen. Bezugspersonen mit autoritativem Erziehungsstil seien unterstützend und verständnisvoll bezüglich der Bedürfnisse des Kindes. So lernt das Kind, dass es Unterstützung findet, wenn es seine Bedürfnisse kommuniziert und gleichzeitig lernt es am Modell der Bezugspersonen, Bedürfnisse anderer zu respektieren (S. 415). Ausserdem kann dieser Erziehungsstil ein positives Sozialverhalten des Kindes begünstigen, was Borg-Laufs als Schutzfaktor einstufe (2019, S. 45). Da der Erziehungsstil massgeblich an der Ausbildung von Fähigkeiten zur Bewältigung von schwierigen Situationen beiträgt, weisen wir an dieser Stelle auf seine Relevanz hin.

Ein pathologisierender oder stigmatisierender Umgang von Fachpersonen mit Menschen mit VdG oder GEKO-Betroffenen, begründen wir im Kapitel 3.6.3. als Risikofaktor. Die geeignete, altersspezifische Begriffswahl zur Erläuterung der Besonderheiten erscheint uns dabei besonders relevant. Nicht nur medizinisches Fachpersonal ist dabei gemeint, sondern auch Lehrpersonen, Sozialarbeitende oder andere professionell Unterstützende. Dazu weisen Lampalzer et al. auf die Notwendigkeit hin, dass sich medizinische Fachpersonen vermehrt für ein Schamgefühle reduzierendes Vorgehen einsetzen sollten (2020, S. 485).

Die *ländliche Wohnlage* könnte als Risikofaktor spezifisch in der Entwicklung von GEKO-Betroffenen wirken. Diese Vermutung ist allerdings eher hypothetischer Art und bedarf empirischer Forschung. Wir begründen diese Vermutung mit der erschwerten Zugänglichkeit zu Beratungsstellen in ländlichen Gebieten, die wir aufgrund der städtischen Lage von Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen annehmen. Insbesondere in Verbindung mit weiteren Risikofaktoren wie niedrigem sozioökonomischem Status und hoher Belastung der Bezugsperson(en), kann der weite Weg zu Beratungsstellen zu einer schwer überwindbaren Hürde werden. Hinzu kommt die vermehrte Häufigkeit von nonbinären Geschlechtsidentitäten in *städtischer Wohnlage*, welche insbesondere Menschen mit einer nonbinären Geschlechtsidentität erleichtern kann. Das Gefühl mit VdG oder GEKO alleine zu sein, welches wir im Kapitel 5.4.1 erläutern, kommt vielleicht mit kleinerer Wahrscheinlichkeit in der Stadt auf, da es dort mit höherer Wahrscheinlichkeit andere Betroffene gibt.

5.4.4 Fazit zu den aufgeführten Faktoren

An dieser Stelle wollen wir die genannten Faktoren kontextualisieren und ihre Wirkweise erläutern. Wir wollen darauf aufmerksam machen, dass die Faktoren in Wechselwirkung zueinanderstehen und für eine umfassende Analyse auf individueller Ebene das Verhältnis von schützenden und gefährdenden Faktoren betrachtet werden soll. Eine Gefährdung geht von

Risikofaktoren erst dann aus, wenn sie nicht von schützenden Faktoren ausgeglichen werden können. Das Wirkungsverhältnis von Risikofaktoren sei zudem exponentiell, was bedeutet, dass 4 Risikofaktoren im Vergleich zu einem die 16-fache Wahrscheinlichkeit für Entwicklungsstörungen aufweisen. Hinzu kommt, dass die Schutzfaktoren nicht bloss theoretisch vorhanden, sondern auch verfügbar sein müssen, in einer potenziell traumatischen Situation. So kann beispielsweise eine sichere Bindung vorliegen, aber trotzdem kann oder möchte sich das betroffene Kind nicht an seine primäre Bezugsperson wenden im Zusammenhang mit Sorgen um seine GEKO. (Fischer und Riedesser, 2020, S. 166-167)

Des Weiteren weisen wir auf den uns bewussten Umstand hin, dass alle im Kapitel 5.4.1 und 4.5.2 genannte Faktoren direkter oder indirekter in der Literatur zur Psychotraumatologie vorzufinden sind. Allerdings bedient sich die Psychotraumatologie dafür teilweise Literatur von anderen Gebieten der Psychologie (Fischer & Riedesser, 2020, S. 164; Grossmann, 2015, S. 22). Trotzdem erachten wir die durch die Psychotraumatologie als Sekundärliteratur verwendeten Quellen als Wissensbestände der Psychotraumatologie. Aufgrund dessen, dass Autor*innen der Psychotraumatologie diese kontextualisieren und teilweise weiterentwickeln.

In unseren Ausführungen wird unseres Erachtens deutlich, dass die Differenzierung von Resilienz- und Vulnerabilitätsfaktoren sowie Umwelteinflüssen nicht immer trennscharf vollzogen werden kann, insbesondere wenn Kinder in ihrer Entwicklung betrachtet werden. Ob beispielsweise der Bindungstyp ein innerhalb des Kindes zu lokalisierender Faktor ist, erscheint uns fragwürdig. Da die Beziehung zu den Bezugspersonen durch die Umwelt beeinflusst ist, aber gleichzeitig zu einem überdauernden Resilienz- respektive Vulnerabilitätsfaktor werde (Borg-Laufs, 2019, S. 44).

Hervorheben wollen wir ausserdem die Zusammenhänge der Faktoren. Beispielsweise kann die Entlastung der Bezugsperson durch kompensatorische Beziehungen, finanzielle Mittel oder auch ein pflegeleichtes Temperament (Grossmann, 2015, S. 22) des Kindes oder viele weitere nicht genannte Faktoren begünstigt werden.

Darin wird abermals deutlich, dass Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren nicht direkt zu einer pathologischen Entwicklung führen. Wenn genügend Resilienz- und Schutzfaktoren vorhanden sind, können gefährdende Faktoren ausgeglichen werden. Abschliessend möchten wir nochmals festhalten, dass die Faktoren eine Auswahl sind und unsere Ausführungen nicht als abschliessend zu betrachten sind.

Im folgenden Kapitel wenden wir uns den institutionellen Zusammenhängen rund um GEKO-Betroffene zu und weisen auf Verbesserungsmöglichkeiten hin. Abschliessend diskutieren wir die ambivalente Rolle der Medien ausführlicher.

6 Institutionelle Zusammenhänge und die Rolle der Medien

In diesem Kapitel beschäftigen wir uns mit den institutionellen Zusammenhängen, welche relevant sind für GEKO-Betroffene oder Menschen mit VdG. Wir zeigen die aktuelle Situation der Versorgungsstrukturen auf und machen auf Verbesserungsmöglichkeiten in der Praxis aufmerksam. Wir greifen die Relevanz der Sozialen Arbeit in der Thematik GEKO auf, insbesondere diejenige der kritischen Sozialen Arbeit. Abschliessend werfen wir einen Blick auf die Rolle der Medien und welche Risiken sowie Chancen sie für Menschen nach GEKO bereithalten. Die (sozialen) Medien können hilfreich sein für den Einbezug der Sichtweise von Betroffenen und die interdisziplinäre Vernetzung.

6.1. Aktuelle institutionelle Versorgungsstruktur

Wir erläutern einen Überblick zu der aktuellen Versorgungsstruktur für GEKO-Betroffene und Menschen mit VdG. Wir beziehen uns dabei auf Deutschland, weil in der Literatur dazu mehr zu lesen ist und uns Schweizer, eine Expertin im Thema Intersexualität, die deutschen Versorgungsstrukturen näherbringt. Diese Ausführungen sind unseres Erachtens mehrheitlich auf die Schweiz übertragbar.

Gemäss Schweizer seien die meisten Versorgungsstrukturen in einem klinischen Zentrum oder Setting eingebettet und seien somit in Klinikinteressen verflochten. Eine Vernetzung durch diese Beratungsangebote zu Selbsthilfegruppen findet daher vermutlich wenig statt. Schweizer und Tilmanns sehen diese einheitliche Versorgungsstruktur kritisch. Sie sprechen sich für ein drittes Angebot der Versorgungsstruktur aus, nebst medizinischen Zentren und den Selbsthilfegruppen. Daraus resultiere die Notwendigkeit von gut ausgebildeten (psychosozialen) Fachpersonen, die nicht direkt mit der Selbsthilfe im Zusammenhang stehen. (Schweizer pers. Mitteilung, 3.11.2022; Tilmanns, 2015, S. 60)
Zehnder und Streuli sprechen von gegenseitigen Anschuldigungen zwischen der Medizin und den Selbsthilfegruppen, dementieren aber zugleich die Glaubwürdigkeit dieser Anschuldigungen. Gleichzeitig sprechen sie sich klar für die Notwendigkeit beider Versorgungsstrukturen aus. (2012, S. 399; Schweizer, pers. Mitteilung, 3.11.2022) Durch eine radikale Zurückweisung der medizinischen Behandlungsformen würde die Grundlage einer individuellen medizinischen Behandlung und die Möglichkeit erwünschter geschlechtsangleichender Eingriffe zur Identitätsbildung von GEKO-Betroffenen genommen. (Zehnder & Streuli, 2012, S. 410).
Groneberg macht auf die Relevanz medizinischen Wissens aufmerksam, um eine qualitativ hochwertige *Einzelfallorientierung* zu gewährleisten. Damit meint er eine interdisziplinäre Fachbegleitung, welche sich am Individuum und der spezifischen Form seiner VdG orientiert und die Eltern vollumfänglich aufklärt. (2012, S. 495) Die Wichtigkeit der Berücksichtigung dieser *Einzelfallorientierung* zeigt sich insbesondere darin, dass intergeschlechtliche Körper sehr

unterschiedlich konstituiert sind (VIMÖ & TransInterQueer e.V., 2020, S. 10). Weiter brauche es für das Ausbilden einer gesunden Identität, Sichtbarkeit, Sprache und gegenseitige Stärkung (Empowerment), was GEKO-Betroffene beispielsweise durch persönliche Begegnungen mit anderen Betroffenen in Selbsthilfegruppen erfahren können (Schweizer, 2012, S. 479; Tilmanns, 2015, S. 59).
Wir möchten mit diesen Ausführungen der Leserschaft deutlich machen, welche Bedeutung eine gute medizinische und psychosoziale Versorgungsstruktur für GEKO-Betroffene hat (Zehnder & Streuli, 2012, S. 410).

Hoffnung für den Ausbau von unabhängigen Beratungsangeboten sehe Schweizer einerseits in Projektarbeiten, wie beispielsweise *Empower-DSD: Schulungen und Informationen für Menschen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung*, welche das Endziel verfolgen, in der aktuellen Versorgungsstruktur eingebettet zu werden. Anderseits sieht sie Hoffnung in der bereits sehr fortschrittlichen medizinischen *S2k Leitlinie,* siehe dazu Kapitel 3.9.1, welche die unabhängigen Beratungsstrukturen bereits vorsieht. Die Implementierung dieser Leitlinie könnte helfen, dass die Thematik Intergeschlechtlichkeit mehr publik wird und ein offenerer Umgang damit stattfinden kann. Vergleichbar sei dies mit dem zunehmend enttabuisierten Umgang mit Transidentitäten in der Gesellschaft und den daraus resultierenden Veränderungen im Versorgungssystem, wie beispielsweise vermehrtem Wissen und Entstigmatisierung. (Schweizer, pers. Mitteilung, 3.11.2022)

6.1.1 Verbesserungspotenziale in der psychosozialen Versorgungsstruktur

Nun kommen wir auf konkrete Verbesserungsmöglichkeiten des Versorgungssystems zu sprechen. So wollen wir einen Einblick in die Praxis ermöglichen, in welcher wir gestützt auf die verfügbare Literatur, grosses Verbesserungspotenzial erkennen können. Wir ziehen aus den Ergebnissen der *Hamburger Intersex Studie* Forderungen von GEKO-Betroffenen an die Beratungsstrukturen sowie den Bedarf an Forschung zu Intergeschlechtlichkeit (Schweizer et al., 2015, S. 8).

Innerhalb der geforderten unabhängigen Beratungsstellen sollte möglichst *kompetente Beratung* hinsichtlich rechtlicher und medizinischer Fragen zum Thema Intergeschlechtlichkeit gewährleistet werden (S. 21). Inhaltliche Beispiele dafür seien eine bessere Unterstützung zu Themen wie Zulässigkeit von Operationen oder Unterstützung im juristischen Prozess zur Klärung von Schadenersatzforderungen. In der Struktur der Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten sehen wir den Bedarf einer *Angliederung* der Thematik Intergeschlechtlichkeit *an bestehende Angebote*, wie beispielsweise Familienberatungsstellen (S. 21; Tilmanns, 2015, S. 24; S. 123-124). Primäre Bezugspersonen sollten die Möglichkeit einer unabhängigen Be-

ratung erhalten, wenn sie über die VdG ihres Kindes von einer ärztlichen Fachperson informiert werden (Groneberg, 2012, S. 488).
Dieser Punkt führt uns zur Relevanz der Sozialen Arbeit. Sozialarbeitende sollten über Basiswissen zu GEKO und VdG verfügen, welches in den meisten Praxisfeldern benötigt werden kann, um professionelle psychosozial Beratung bieten zu können (Wälte, 2019, S. 133; S. 135). Wichtig ist uns hier festzuhalten, dass Diagnosestellungen und Psychotherapie in die Hände von ausgebildeten Psychotherapeuten*innen gehören (S. 174). Die Praxis der Sozialen Arbeit umfasst unterschiedliche Arbeitsweisen einschliesslich spezieller Formen der Beratung sowie advokatische und politische Interventionen (International Federation of Social Workers, 2014, S. 3). Dabei weisen wir auf die Spitalsozialarbeit als eine relevante Vertretung im klinischen Kontext hin. Auch in Arbeitsfeldern ausserhalb des medizinischen Kontextes ist GEKO relevant, wie beispielsweise in der Schulsozialarbeit, der Jugendarbeit, oder der kritischen Sozialen Arbeit. In diesen Arbeitsbereichen sehen wir sozialarbeiterisches Potenzial, um zu Verbesserungen in der Versorgungsstruktur für GEKO-Betroffene beizutragen.
Das betrifft die individuelle sowie auch strukturelle Ebene. Auf individueller Ebene erkennen wir den Bedarf von Aufklärungsarbeit mit themenspezifischen Beratungen beispielsweise zu Sexualität oder geschlechtsspezifischen Fragen, welche Kinder und Jugendliche an Sozialarbeitende herantragen können. Zudem können Bildungsinstitutionen in die Verantwortung für Aufklärungsarbeiten genommen werden (Tilmanns, 2015, S. 34). Auf den Einfluss der kritischen Sozialen Arbeit auf struktureller Ebene gehen wir im Kapitel 6.1.4 genauer ein. Hinzu kommt, dass in den zukünftigen unabhängigen Beratungsstellen für GEKO-Betroffene, Sozialarbeitende unseres Erachtens zum Einsatz kommen sollten.

Weiter wird die Förderung der *Vielfalt und Menge an Beratungsangeboten* hinsichtlich des Einbezuges von Peer-Beratungen und dem Ausbau von regionalen Angeboten genannt (Schweizer et al., 2015, S. 22; Tilmanns, 2015, S. 41). Zur Verbesserung der Struktur gehöre ein *niederschwelliger Zugang zu Beratungsangeboten*, insbesondere was die Kostenübernahme der Beratungen und die Bekanntmachung von vorhandenen Strukturen betrifft (Schweizer, et al., 2015, S. 22). Den Aspekt der finanziellen Stärkung von unabhängigen Beratungsstrukturen möchten wir besonders hervorheben, da wir eine soziale Benachteiligung bei Betroffenen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status erkennen können. Auch durch Unwissenheit über vorhandene Beratungsstrukturen oder allfällige Sprachbarrieren können Menschen im Zugang benachteiligt werden, siehe dazu Kapitel 5.4.2.

Auf der *inhaltlichen Ebene der Beratung* weisen wir auf Werte und Grundhaltungen hin, welche von GEKO-Betroffenen oder deren Bezugspersonen als unterstützend wahrgenommen wer-

den: *Ehrlichkeit, Sensibilität, Individualität, Komplexität*, *Zeit und Ruhe* sowie *Vermittlung von positiven Werten*. (S. 23)

Einige genannte Merkmale, welche wir als besonders wichtig für die sozialarbeiterische Beratung von GEKO-Betroffenen und ihren Bezugspersonen erachten, führen wir zum besseren Verständnis genauer aus. *Ehrlichkeit* wird im Zusammenhang mit einer umfassenden Aufklärung über die körperlichen Folgen eines medizinischen Eingriffs gewünscht (S. 23). *Sensibilität* braucht es aus unserer Sicht vor allem dann, wenn es um das Thema der eigenen Geschlechtsidentität geht. Dabei ist es wichtig, dass sich Fachpersonen mit ihrer eigenen Geschlechtsidentität auseinandersetzen und eine unvoreingenommene Haltung diesbezüglich einnehmen können. Wahrung der *Individualität*, könne durch die Berücksichtigung der Selbstdefinition der Betroffenen stattfinden (S. 23). Chodorow hebt hervor, dass individuelle und kulturelle Aspekte das Erleben der Geschlechtsidentität beeinflussen können und diese unbedingt in der Beratung mitberücksichtigt werden sollen (2001, S. 67).

Abschliessend halten wir fest, dass insbesondere die Inanspruchnahme von psychologischer und psychotherapeutischer Hilfe als Chance und nicht als Stigma gegenüber den hilfesuchenden Personen vermittelt werden sollte. (Richter-Appelt, 2012, S. 357) Dies ist wichtig, da einige GEKO-Betroffene durch das Erleben der potenziell traumatischen Situation von (psychotraumatischer) Therapie profitieren können, was wiederum ihr Wohlbefinden stärken kann.

6.1.2 Verbesserungspotenziale innerhalb der medizinischen Versorgung

Nun greifen wir Verbesserungsmöglichkeiten auf, welche insbesondere in der medizinischen Begleitung von GEKO-Betroffenen wichtig sind. Dabei zeigen wir, welche Bedeutung die inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit einnimmt. *Transdisziplinarität* bezeichnet die Ergänzung akademischen Wissens mit der Sichtweise von Betroffenen. In unserem Fall ist dies das Erfahrungswissen von GEKO-Betroffenen aus ihrer Lebenswelt (Groneberg, 2012, S. 491). Demgegenüber meint *Interdisziplinarität* den Austausch von Wissen zwischen den verschiedenen Disziplinen (S. 491). Wichtig erscheint uns, dass ein Rückgang der (unbewussten) Stigmatisierung von Menschen mit VdG erstrebenswert ist. Dem Stigma kann unter anderem entgegengewirkt werden, indem medizinische Fachpersonen besser und transdisziplinär über die Thematik Intergeschlechtlichkeit aus- und weitergebildet werden und insbesondere auf die Begriffswahl sensibilisiert werden.

Groneberg, ist der Meinung, dass den primären Bezugspersonen nach einer Diagnosestellung von VdG geraten werden sollte, mehrere Empfehlungen zum weiteren Vorgehen von unterschiedlichen Fachpersonen sowie Selbsthilfegruppen einzuholen. (S. 494) Was die Ausbildung der Geschlechtsidentität bei GEKO-Betroffenen betrifft, spricht sich Groneberg für eine Ergebnisoffenheit seitens der Bezugspersonen aus (S. 495). Diese ist wichtig, weil es unmöglich ist, die Geschlechtsidentität eines Menschen vorherzusagen. Zudem führe es zu Zufrie-

denheit, wenn übereinstimmend mit der selbstbestimmten und subjektiven Geschlechtsidentität gelebt werde (S. 487).

Zu wenig würden Mediziner*innen die Gendertheorien und Gendertheoretiker*innen die medizinische Sichtweise berücksichtigen, siehe dazu Kapitel 3.8. Dies führt zur Situation, dass verschiedene Disziplinen unterschiedliche Verständnisse von Geschlecht haben. Dadurch könne der interdisziplinäre Dialog erschwert werden, was von Zehnder und Streuli als *interdisziplinäres Unverständnis* bezeichnet wird. Dieses *Unverständnis* könne durch eine interdisziplinäre Sprache vermieden werden. (2012, S. 398) Auch Selbsthilfegruppen und die Medizin würden ihre eigenen Begrifflichkeiten benutzen, welche die Gegenseite anklagen oder pathologisieren (S. 410). Ein verbesserter transdisziplinärer und interdisziplinärer Dialog könnte dazu führen, dass beispielsweise psychosoziales Wissen mehr im medizinischen Kontext berücksichtigt wird und stärker von Erfahrungswissen profitiert werden kann (S. 407; S. 409). Dadurch wäre für die Forschung zu VdG sowie in der politischen Debatte zu Identitätsfragen bereits viel gewonnen (S. 410).
Einen weiteren Punkt zur Verbesserung stellt die Asymmetrie zwischen Ärzteschaft und den "zu behandelnden" Personen dar. Beide Seiten sollten sich als Expert*innen ihrer eigenen Sache sehen können und gegenseitig Anerkennung erhalten. Dieser *Streit ums Expertentum*, wie er in der Literatur genannt wird, könnte minimiert werden durch die Art und Weise, wie eine medizinische Fachpersonen mit GEKO-Betroffenen umgeht (S. 400). Als letzten Punkt weisen wir auf ein unausgeschöpftes Potenzial des medizinischen Körperwissens hin. Durch die Analyse und Diagnostik von VdG, hat die Medizin Wissen erschlossen, welches gegen das binäre Geschlechtersystem spricht. Dieses könnte die Verständnisse von Männlichkeit und Weiblichkeit auf politscher Ebene aus unserer Sicht voranbringen. (S. 409)

6.1.3 Bezüge zur kritischen Sozialen Arbeit

Aufbauend auf unseren vorangehenden Ausführungen und Erkenntnissen über die Problematik von GEKO, fassen wir politische Forderungen für die kritische Soziale Arbeit kompakt zusammen. Aus dem Grund, dass die kritische Soziale Arbeit nach unserem Verständnis eine kritische und politische Haltung gegenüber ihrer eigenen Profession sowie gegenüber bestehenden gesellschaftlichen Verhältnissen einnehmen muss.

Übereinstimmend mit der Literatur fordern wir, dass sich die Soziale Arbeit ihrer Macht bedient, um sich gegen ungerechte Strukturen und bestehende Missstände einzusetzen (Kindler, 2019, S. 37; Pankofer & Sagebiel, 2017, S. 11). Der Einsatz der eigenen Macht bedeute für die Soziale Arbeit, sich gegen andere Disziplinen aktiv einzusetzen, welche die Werte des Berufskodex der Sozialen Arbeit nicht einhalten. (International Federation of Social Workers, 2014, S.

1-2). Das sozialarbeiterische Professionsverständnis fordert das Einhalten der Menschenrechte, gemäss der UN-Menschenrechtskonventionen (AvenirSocial, 2010, S. 9 & S. 10). Dafür soll die Soziale Arbeit ihr Fachwissen über soziale Problemlagen in die Politik (S. 14) und den interdisziplinären Diskurs einbringen (S. 15). Da sich die Soziale Arbeit nach unserem aktuellen Wissensstand bisher noch nicht spezifisch mit GEKO auseinandersetzt, erachten wir es als notwendig, mit unserer Bachelor-Thesis die Soziale Arbeit auf ihre Pflichten aufmerksam zu machen. Konkret solle sie sich gegen die Menschenrechtverletzungen von Diskriminierung, Benachteiligung und Integritätsverletzung von GEKO-Betroffenen einsetzten.
Wir halten spezifische Forderungen fest, welche diese Missstände vorbeugen. Eine dringende Notwendigkeit sehen wir in der wirksamen Übernahme der UN-Forderungen, zum Schutz der Geschlechtsidentität und körperlichen Integrität, wie bereits aus Kapitel 3.4 hervorgeht (United Nations, 2019, S. 7; Groneberg, 2012, S. 489).
Weiter braucht es in der Schweiz eine gesetzliche Grundlage zu einem Verbot von GEKO. Zusätzlich erachten wir folgende Veränderungen auf struktureller Ebene als wichtig. Auf diese gehen wir teilweise bereits in den Kapiteln 5.1, 6.1.2 und 6.1.3 ein: Gewährleistung eines diskriminierungsfreien Zugangs zur Grund- und Gesundheitsversorgung, Bildung und Beschäftigung, Sensibilisierungsmassnahmen und einfache Erschliessung von Informationen unterschiedlicher Fachpersonen (UN, 2019, S. 7; Tillmanns, 2015, S. 34; Baur & Truffer, 2019, S. 7). Entschädigung der Betroffenen durch Hilfs- und Entschädigungsfonds sind wünschenswert (Tillmanns, 2015, S. 5). Globale Anhörung der Betroffenen zu Gesetzen und politischen Massnahmen, die ihre Rechte betreffen sowie Schutz der Meinungs- und Vereinigungsfreiheit müssen gewährleistet sein. Menschen mit VdG, die aufgrund ihrer Geschlechtsidentität oder körperlichen Merkmalen verfolgt werden, sollen Asyl erhalten. (United Nations, 2019, S. 7) Die Einführung mindestens eines neuen Personenstandregistereintrages muss erfolgen, um das Recht auf Geschlechtsidentität zu wahren (Schweizer, pers. Mitteilung, 3.11.2022). Unabhängige Beratungsstellen sollen finanziert, ausgeweitet und strukturell verankert werden (Schweizer, 2021b, S.4, Tilmanns, 2015, S.43; Krämer, 2021, S. 211-212). Eine interdisziplinäre Kommission zur Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit von Operationen bei Menschen mit VdG soll gestärkt werden. Teil dieser Kommission sollen qualifizierte, unabhängige Fachpersonen sein. Nicht zuletzt möchten wir auch das Vorantreiben der Forschung über VdG erwähnen.

Diese Aufzählungen sind nicht abschliessend und zeigen unseres Erachtens zentrale Forderungen auf. Die kritische Soziale Arbeit sollte dafür das psychosoziale Traumaverständnis nutzen, welches wir in Kapitel 4.3.2 erläutern. Da es gesellschaftliche Strukturen und Missstände als Traumaursachen in den Vordergrund rückt und die Soziale Arbeit in der erfolgreichen Erfüllung ihrer Aufgaben als Menschenrechtsprofession unterstützen kann. Zudem verweisen

wir auf unsere Ausführungen im Kapitel 4.7.3 zur Glaubhaftigkeitsbeurteilungen der Aussagenpsychologie, welche Menschen mit wiederkehrenden EatE grundsätzlich zu diskriminieren scheint.

Wir möchten abschliessend darauf hinweisen, dass wir die Medien als Ressource für den politischen Aktivismus sehen. Dies leitet uns zum nächsten Kapitel über, in welchem wir aufzeigen, welche Chancen und Risiken für GEKO-Betroffene aus der Rolle der Medien hervorgehen.

6.2 Rolle der Medien

Nun analysieren wir die Rolle der Medien in der Thematik GEKO. Wichtig ist uns einleitend darauf aufmerksam zu machen, dass wir ausgewählte relevante Aspekte behandeln, die aus unserer Bachelor-Thesis hervorgehen. Wir erheben nicht den Anspruch, alle Chancen und Risiken aufzuzeigen. Nach einigen Begriffsdefinitionen wenden wir uns den Chancen, den Risiken sowie ambivalenten Punkten zu. Dann ziehen wir ein abschliessendes Fazit zu den Medien.

Der Begriff “Medien” meine ursprünglich in der Soziologie “Vermittlung”. Pross führt die Unterscheidung von primären, sekundären und tertiären Medien ein. (Richter, 2019, S. 103) *Primärmedien* werden in der alltäglichen, zwischenmenschlichen Kommunikation verwendet. Dazu zählen Worte oder Blicke, welche über Schall- oder Lichtwellen übermittelt werden und keine technischen Geräte erfordern. Unter die *Sekundärmedien* fallen gedruckte Schriften und Fotografien, welche grosse Distanzen überbrücken können, ohne dass die Empfangenden auf ein technisches Gerät angewiesen sind. Zu den *Tertiärmedien* zählen Radio und Fernsehen, bei welchen Sendende und Empfangende auf technische Geräte angewiesen sind. Die *Massenmedien* werden von Richter den sekundären und tertiären Medien zugeordnet und sind Gegenstand dieses Kapitels (S. 104). Wenn wir von Medien schreiben, meinen wir in dieser Arbeit stets die Massenmedien. Alle S*ozialen Medien* sind Tertiärmedien, welche Interaktion im Internet ermöglichen, das heisst, einen direkten Austausch zwischen Sendenden und Empfangenden. Facebook und Instagram gehören hier dazu. (Dudenredaktion, 2017, S. 1029)

Richter weist auf den zunehmenden Medienkonsum von Jugendlichen in Deutschland hin und bezeichnet die steigende Bedeutung der Medien als dramatisch (2019, S. 103; S. 106). In der Schweiz zeige sich in einer Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft ebenfalls, dass Jugendliche zunehmend Medien konsumieren und sie relevanter würden (News Plus SRF, 2022). Daher scheint uns die folgende kurze Betrachtung des Medieneinflusses auf GEKO-Betroffene wichtig.

6.2.1 Chancen

Wie aus Kapitel 5.4.1 hervorgeht, ist die *Vernetzung mit anderen Betroffenen* ein Schutzfaktor. Insbesondere, wenn *Vorbilder* gefunden werden und GEKO von Betroffenen dadurch als *kollektives Trauma* eingeordnet wird, können sie dadurch Unterstützung erfahren. Die Medien bieten eine Plattform, um diese Schutzfaktoren verfügbar zu machen. Hinzu kommt die *Informationsfunktion*, welche die Medien erfüllen. Da das Wissen über die eigene Körpergeschichte als Schutzfaktor gilt, sind verlässliche und sachliche Informationen zu GEKO und VdG in den Medien eine Chance. Auf die potenziell einseitige Information durch Beratungsangebote der Kliniken haben wir bereits hingewiesen. Die Medien können Informationen von Selbsthilfegruppen und allfälligen “Behandlungsalternativen” für Bezugspersonen und Betroffene verfügbar machen. Ausserdem können soziale Medien den *Austausch mit anderen* ermöglichen, was Schamgefühlen entgegenwirken kann. Auf möglicherweise ungeeignete mediale Berichterstattungen gehen wir im Kapitel 6.2.2 genauer ein.

Wir weisen im Kapitel 5.4.1 darauf hin, dass die Geheimhaltung einen Risikofaktor darstellt für die Entwicklung nach GEKO. Diese hängt unseres Erachtens mit der Tabuisierung des Themas VdG zusammen. Die Medien eröffnen Möglichkeiten gegen diese Tabuisierung vorzugehen. Betroffene können sich selbst zu Wort melden, auch Angehörige oder Expert*innen kommen zu Wort, um *Menschen zu sensibilisieren und aufzuklären über die Existenz von intergeschlechtlichen Menschen*. Wenn VdG bekannter werden und mehr Menschen darüber Bescheid wissen, wird das Sprechen über die eigene VdG und allfällige GEKO einfacher. Dies kann aus unserer Sicht das soziale Leben von Betroffenen erleichtern.

Hinzu kommt, dass nach Erikson die mediale Berichterstattung nach potenziell traumatischen Kollektiverfahrungen, die Schuldzuweisung begünstigen könne, was wiederum zu mehr positivem Verständnis Betroffener führe (2016, S. 365; 377). Erikson befasst sich mit kollektiven Traumata der zweiten Form (Terroranschlägen). Daher ist die Übertragungswürdigkeit ihrer Aussagen auf die von uns gemeinten kollektiven Trauma der ersten Form (GEKO) begrenzt. Trotzdem machen wir in Anlehnung an Erikson auf die *Relevanz der medialen Aufarbeitung* aufmerksam und den Forschungsbedarf hinsichtlich der Rolle der (sozialen) Medien bezüglich Traumata aufmerksam (S. 366; 376).

6.2.2 Risiken

Borg-Laufs nennt *“ausgeprägten” Medienkonsum* als Risikofaktor in der kindlichen Entwicklung (2019, S. 44). Wir sehen Medienkonsum ambivalenter und benennen in diesem Kapitel die Risiken der Mediennutzung genauer.

Wir greifen an dieser Stelle die *Scheinerinnerungen* und das FM aus dem Kapitel 4.7 erneut auf. Wiederkehrende EatE hätten gemäss FM meist keinen Realitätsbezug und seien demnach verursacht oder verändert worden, zum Beispiel durch mediale Berichterstattung. Eine

Studie aus dem Jahr 1997 kommt zum Ergebnis, dass 54% aller wiederkehrenden EatE durch eine Form der medialen Berichterstattung ausgelöst würden (Von Hinckeldey & Fischer, 2002, S. 123). Dies ist bemerkenswert, weil die Mediennutzung heute einen grösseren Teil des Lebens einnimmt als zur Zeit der Studie. So liegt die Vermutung nahe, dass heute ein noch grösserer Teil der wiederkehrenden EatE durch mediale Berichterstattung ausgelöst werden könnten. Dies ist besorgniserregend, da Scheinerinnerungen gemäss Kapitel 4.7 genauso schmerzhaft sein können und Leidensdruck bedingen können wie genuine EatE. Interessant erscheint uns in diesem Zusammenhang, dass Erinnerungen an die GEKO häufig in der Jugend wiederkehren würden, wie aus Kapitel 5.2.4 hervorgeht. Wir mutmassen, dass dies mit der intensivierten Mediennutzung im Jugendalter zusammenhängen könnte. Genauere Forschung wäre auch hier angezeigt.

Richter nennt die *negative Vorbildfunktion* der Medien, welche anhand des Lernens durch Nachahmung erklärt werde. Er betont allerdings auch die Fähigkeit von Menschen, sich dem Nachahmungseffekt zu entziehen, respektive dass kein klarer Kausalitätszusammenhang zwischen Medieninhalten und ihrer Nachahmung bestehe (2019, S. 108). Wir wollen diese negative Vorbildfunktion anhand eines aktuellen Beispiels veranschaulichen: In einem Zeitungsartikel äussern sich mehrere Fachpersonen besorgt darüber, dass Jugendliche aufgrund der medialen Präsenz dieser Krankheit Tourette imitieren würden. Plessen, Chefärztin der Luzerner Kinder- und Jugendpsychiatrie, sehe einen klaren Zusammenhang zwischen den sozialen Medien und der explosionsartigen Zunahme des Tourette-Syndroms. Aufgrund der Ähnlichkeiten der neuen Betroffenengruppe, welche viel Medien zum Thema psychische Gesundheit konsumieren würden. Es gehe um die Überzeugung an einer Störung zu leiden oder diese (unbewusst) zu kopieren, um Aufmerksamkeit zu erhalten (Weber, 2022).

Müller-Vahl, Pisarenko, Jakubovski und Fremer schlagen in diesem Zusammenhang den Begriff "*mass social media-inducted illness*" vor, was wir mit "*Massenkrankheit, welche durch Medien verursacht wird*" (MSM; siehe Abkürzungsverzeichnis) übersetzen (2022, S. 476). In den Ausführungen der Studie wird ersichtlich, dass die Autorenschaft soziale Medien anders definiert als wir. Müller-Vahl et al. meinen mit "sozialen Medien", was wir als Massenmedien definieren. Sie sehen die Hauptursache der MSM darin, dass Individualität in der heutigen Zeit Anerkennung findet und dementsprechend aussergewöhnliche Merkmale populär seien. Dies motiviere Jugendliche Symptome von Tourette zu kopieren. Müller-Vahl et al. sind sich sicher, dass es sich um MSM und nicht um das genuine Tourette-Syndrom handelt, weil untypische Tourette-Symptome vorliegen würden und die Symptome rückläufig werden nach Entzug der Tourette-Diagnose (S. 477). Wenn MSM durch mediale Berichte über das Tourette-Syndrom ausgelöst werden können, wieso nicht auch durch mediale Berichterstattung über Traumata? Wir können diese Gedanken nicht vertiefen. Auf ein potenzielles Risiko wollen wir jedoch hinweisen und plädieren auch hier für weitere vertiefte Forschung. Denn die MSM verursache

hohe Kosten und habe einen erheblichen Einfluss auf das Gesundheitssystem sowie die globale Gesellschaft (S. 476 & 478).

Die heutigen Medien ermöglichen es nahezu allen Menschen in der Ersten Welt, ihre Gedanken und Überzeugungen zu verbreiten. Daher können GEKO-Betroffene auf *Berichterstattungen stossen, welche sie verletzen, retraumatisieren, verunsichern oder diskriminieren*. Es gibt eine Vielzahl von Beispielen im Internet. Exemplarisch weisen wir auf ein Interview mit dem Kinder- und Jugendpsychiater Alexander Korte hin. In diesem Interview hält er daran fest, dass es nur zwei Geschlechter gebe (Spiewak, 2022). Diese Argumentation, können Menschen mit VdG dahingehend verstehen, dass ihnen ihre Geschlechtsidentität abgesprochen wird. Da Korte als Fachperson gelten kann, verunsichern seine Aussagen GEKO-Betroffene vermutlich mit höherer Wahrscheinlichkeit als ähnliche Aussagen von unqualifizierten Personen. Gleiches gilt unseres Erachtens für die Bezugspersonen von Menschen mit VdG oder GEKO. Wenn die mediale Berichterstattung GEKO beispielsweise als “Intersex-Gentalverstümmelung” bezeichnet, können starke Scham- und Schuldgefühle bei Bezugspersonen ausgelöst werden, welche ihr Einverständnis für GEKO gegeben haben (Bauer & Truffer, 2019). Wenn Eltern eigene Recherchen vornehmen in den Medien zu VdG und GEKO, brauchen sie eine ausgeprägte Medienkompetenz und eine gute Schulausbildung sowie Sprachkenntnis ist von Vorteil, wie bereits aus Kapitel 5.4.2 hervorgeht.

Die Studie zum Medienumgang der schweizerischen Jugend stellt eine beachtliche Zunahme von Beleidigungen im Internet fest. Dieses sogenannte *Cyber-Mobbing* wird nach Suter durch die Anonymität im Internet begünstigt (SRF News Plus, 2022, Min. 8:15). Der Gefahr von Stigmatisierung und Mobbing sind GEKO-Betroffene grundsätzlich ausgesetzt. Sie wird unseres Erachtens durch mediale Präsenz erhöht. Allerdings gilt dies aus unserer Sicht nicht bloss für GEKO-Betroffene und Menschen mit VdG sondern betrifft alle Menschen.

Abschliessend weisen wir auf das aus Kapitel 4.3.2 hervorgehende Risiko hin, dass Menschen mit VdG, welche sich mit GEKO-Betroffenen identifizieren können, eine kollektive Traumatisierung der zweiten Form erleben könnten. Wir kritisieren bekannterweise den Begriff Trauma in diesem Zusammenhang und schreiben daher von Betroffenheit. Wenn die Medien negative “Behandlungserfahrungen” verfügbar machen, können insbesondere Menschen mit VdG, die keine GEKO erleben, davon betroffen sein. Im Sinne dessen, dass sie sich mit GEKO-Betroffenen identifizieren und sich so allenfalls ebenfalls benachteiligt fühlen. Bereits in Kapitel 4.3.2 machen wir darauf aufmerksam, dass wir gegen einen Verzicht auf mediale Berichte von negativen “Behandlungserfahrungen” sind, zugunsten der Aufklärungsarbeit.

6.2.3 Ambivalente Medienpotenziale

Wir betrachten in diesem Teilkapitel Aspekte der Medien, welche ambivalenten Einfluss auswirken auf GEKO-Betroffene.

Die *Beeinflussung der Erwartungen der Bezugspersonen* kann beispielsweise eine Chance oder ein Risiko sein. Wie der Effekt, der sich selbst erfüllenden Prophezeiung im Kapitel 5.4.3 belegt, sind die Erwartungen der Eltern wirkmächtig hinsichtlich der kindlichen Entwicklung. Mediale Berichterstattung kann die Bezugspersonen sowohl verunsichern als auch bestärken, dass ihr Kind eine gesunde Entwicklung nach GEKO erwartet. Wo sich Bezugspersonen in den Medien informieren und allenfalls in den sozialen Medien vernetzen, beeinflusst ihre Haltung, welche sich auf die Kinder mit VdG oder nach GEKO auswirkt.

Gemäss Kapitel 4.3.2 machen wir erneut auf die *politische Wirkkraft* des Traumabegriffs und insbesondere diejenige der psychosozialen Traumaverständnisse aufmerksam. Die mediale Einflussnahme auf die Politik ist unseres Erachtens eine Chance, welche die Medien bieten. Allerdings erhalten nicht nur Befürwortende des geforderten GEKO-Verbotes eine Plattform, sondern auch Gegner*innen. Diese demokratische Meinungsfreiheit bewerten wir grundsätzlich positiv. Allerdings ist die politische Wirkkraft der Medien ambivalent hinsichtlich der Interessen von GEKO-Betroffenen.

Nun ziehen wir ein kurzes Zwischenfazit zu den Medien, bevor das Gesamtfazit zu unserer Bachelor-Thesis folgt.

6.2.4 Fazit zur Rolle der Medien

Um den Einfluss der sozialen Medien auf die Entwicklung von Kindern genauer zu verstehen, ist noch viel Forschung nötig. Schweizer stimmt uns zu, dass die Medien als Instrument gesehen werden sollten, welche sowohl Chancen als auch Risiken eröffnen (Schweizer, pers. Mitteilung, 3.11.2022).

Viele unserer Ausführungen dieses Kapitels bedürfen genauerer Untersuchung. Die Rolle der Medien bewerten wir in vielerlei Hinsicht als ambivalent.

Wir erwarten eine weitere Zunahme des Medienkonsums insbesondere bei Jugendlichen. So steigt auch die Relevanz des Verständnisses der Wirkung von Massenmedien und sozialen Medien auf die Psyche des Menschen. Für GEKO-Betroffene können wir Chancen und Risiken aus der Literatur herausarbeiten. Die Chancen sollten von Beratungsstellen kommuniziert und eröffnet werden, während die Risiken Eltern, GEKO-Betroffenen sowie begleitenden Fachpersonen bewusst sein sollten.

7 Fazit

Zu Beginn unseres Gesamtfazits dieser Bachelor-Thesis wollen wir darauf aufmerksam machen, dass wir bewusst auf die Zusammenfassung der Kapitel 3 und 4 verzichten. Aufgrund dessen, dass die theoretischen Ausführungen als thematische Hinführung auf den aus unserer Sicht zentralen Kernteil respektive Kapitel 5 und 6 dienen. Diesen Kernteil fassen wir im Folgenden zusammen.

Wir finden zahlreiche Gründe, GEKO als ein Teilgebiet der Speziellen Psychotraumatologie situationstypisch auszuformulieren. Am wichtigsten erscheinen uns mögliche langfristige Kosteneinsparungen und qualitativ hochwertige, professionelle Hilfe. Ausserdem können Bezugspersonen von Kindern mit VdG über psychosoziale Folgen von GEKO aufgeklärt werden. Dieses Wissen ist wichtig, damit sie in der Schweiz und anderen Ländern ohne ein wirksames GEKO-Verbot, eine fachlich fundierte Entscheidung treffen können für oder gegen GEKO. Nicht zuletzt kann insbesondere durch die situationstypische Ausformulierung von kollektivem Trauma (erster Form) die politische Wirkkraft des Traumabegriffs entfaltet werden. Welche politischen Neuerungen unseres Erachtens überfällig sind, greifen wir im Kapitel 7.1 auf.

Mit unserer Analyse der altersspezifischen Entwicklungssequenzen können wir zahlreiche potenzielle Herausforderungen für GEKO-Betroffene feststellen. In der p*ränatalen und postnatalen Phase* zeigen wir auf, dass die Bezugspersonen von GEKO-Betroffenen durch die Geburt eines Kindes mit VdG einer hohen psychischen Belastung ausgesetzt sind. Wenn die Mutter in diesem Zusammenhang eine postnatale Depression entwickelt, steigt die Wahrscheinlichkeit von negativen Auswirkungen auf die weitere Entwicklung des Kindes. Daraus erkennen wir die Wichtigkeit der psychosozialen Unterstützung in der prä- und postnatalen Phase, um die potenziellen psychischen Belastungen der Bezugspersonen zu verringern. In der Sequenz der *frühen Kindheit* erklären wir, dass GEKO-Betroffene durch allfällige Hospitalisationen Schwierigkeiten beim Aufbau einer sicheren Bindung haben können. Ausserdem kann die soziale Kontaktaufnahme ausserhalb des primären Bezugssystems erschwert sein. Dies aufgrund des insbesondere in dieser Entwicklungssequenz normtypischen Verständnisses von Geschlechtsrollen.
In der Sequenz der *Kindheit* zeigen wir auf, dass GEKO-Betroffenen intergeschlechtliche Vorbilder fehlen können. Diese könnten dem Druck entgegenwirken, sich in der binären Geschlechternorm einzuordnen. Falls diese binäre Kategorisierung nicht mit der eigenen Körperwahrnehmung übereinstimmt, kann das Kind unter Selbstzweifeln oder Schuldgefühlen leiden. Die *Pubertät* ist für nahezu alle Menschen eine herausfordernde Zeit, in besonderem Masse für GEKO-Betroffene. Dabei heben wir insbesondere die Entwicklungsaufgabe der Ausbildung der Geschlechtsidentität hervor. Zudem bestehe eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass Erinne-

rungen an Untersuchungen und Behandlungen wiederkehren, welche belastend sein können. Das Kennenlernen der eigenen Sexualität und die Familienplanung erkennen wir als häufige herausfordernde Entwicklungsaufgaben von GEKO-Betroffenen im f*rühen Erwachsenenalter*. Die Ausführungen der Entwicklungsaufgaben im gesamten Kapitel 5, weisen zusammenfassend darauf hin, dass präventive Massnahmen für eine Verbesserung der Situation wünschenswert sind.
Wir versuchen im Kapitel 5.3.1 das sequenzielle Traumakonzept von Keilson für GEKO-Betroffene zu adaptieren, was uns nicht gelingt. Wir zeigen diesen Versuch trotzdem auf, da er die mangelnde Datengrundlage zum Thema Intergeschlechtlichkeit verdeutlicht. Ausserdem fokussiert das sequenzielle Traumakonzept die gesellschaftlichen Strukturen, welche kollektive Traumata verursachen. Darauf basiert die politische Wirkkraft dieses Konzeptes, welches die kritische Soziale Arbeit nutzen könnte.

Wir analysieren Faktoren, welche für die Entwicklung nach GEKO relevant sind. Wichtig ist uns dabei, auf die Wechselwirkung von Schutz- und Risikofaktoren sowie Vulnerabilität respektive Resilienz hinzuweisen. Da ein Trauma stets als multifaktorieller Prozess betrachtet werden muss, können negative Einflüsse auf allfällige Traumafolgestörungen durch korrektive und protektive Faktoren ausgeglichen werden. Unsere Übersicht kann Fachpersonen oder Bezugspersonen, die mit GEKO konfrontiert werden, darin unterstützen, geeignete Interventionen zur Erschliessung von Schutzfaktoren zu initiieren. Hervorheben wollen wir die wichtigsten Schutzfaktoren.
Die bedeutendsten korrektiven Faktoren sind das offene Sprechen über die GEKO, was eine kohärente Narration fördert und fordert. Auch eine Anerkennung des Leidens durch die Bezugspersonen oder die Ärzteschaft beugen einer allfälligen Traumatisierung vor. Der Austausch mit anderen Betroffenen ist ebenfalls besonders wichtig und kann Betroffene bei der Verarbeitung unterstützen. Der wichtigste protektive Faktor ist eine sichere Bindung zu mindestens einer Bezugsperson. Ausserdem sind Faktoren, welche den Eltern Entlastung bieten, von grosser Bedeutung, insbesondere für alleinerziehende Bezugspersonen oder Familien mit vielen Kindern. Hinzu kommen genetisch bedingte Faktoren wie beispielsweise die Intelligenz oder das Temperament des Kindes, welche sich auf die Entwicklung nach GEKO auswirken.
Wir stellen fest, dass nicht alle für GEKO relevanten Faktoren der psychotraumatologischen Literatur entnommen werden können. Daraus schliessen wir, dass die Psychotraumatologie durchaus Wissen zur Entwicklung nach GEKO beitragen kann. Allerdings sollten auch andere Teilgebiete der Psychologie und weiterer Disziplinen einbezogen werden, wenn ein möglichst umfassendes Verständnis von GEKO-Betroffenen angestrebt wird.

In Bezug auf Verbesserungsmöglichkeiten der institutionellen Versorgungsstrukturen für GEKO-Betroffene, machen wir auf den Bedarf einer dritten Versorgungsstruktur ausserhalb des medizinischen Kontextes und den Angeboten von Selbsthilfegruppen aufmerksam. Wir heben die Bedeutung des Ausbaus von psychosozialen Versorgungstrukturen hervor. So zeigen Erfahrungsberichte und eine Befragung über die Versorgungszufriedenheit, dass das primäre Bezugsystem von GEKO-Betroffenen sich oft unzureichend aufgeklärt, beraten und unterstützt fühlt. Im Rahmen dieser von Klinik- und Selbsthilfegruppeninteressen möglichst unabhängigen Beratungsstellen, sollte die Einzelfallorientierung zum Zuge kommen. Eine trans- und interdisziplinäre Begleitung in der Nachversorgung stellt sich als wichtig heraus. Die psychosoziale Unterstützung kann präventiv allfällige traumatische Prozesse erkennen und Betroffene zu Psychotherapeuten*innen vernetzen (Wälte, 2019, S. 174).
Wir zeigen auf, welche Verbesserungen im Beratungskontext von GEKO-Betroffenen gewünscht werden. Die wichtigsten Faktoren halten wir in Stichworten fest: Inhaltlich kompetente Beratung, Angliederung der bestehenden Angebote an die Thematik Intergeschlechtlichkeit, Förderung der Vielfalt und Anzahl an Beratungsangeboten, einen niederschwelligen Zugang zu Beratungsangeboten und Berücksichtigung der Individualität der GEKO-Betroffenen. Wir leiten aus dem Professionsverständnis der Sozialen Arbeit ab, welche Aufgaben die Soziale Arbeit in Bezug auf GEKO zu übernehmen hat. Unser Fokus liegt dabei auf der kritischen Sozialen Arbeit. Diese muss auf die bestehenden Menschenrechtsverletzungen durch GEKO aufmerksam machen, um zukünftige Generationen davor zu bewahren.

Zum Einfluss der Medien verweisen wir auf das Teilfazit im Kapitel 6.2.4, welches wir hier zugunsten der Stringenz bewusst nicht wiederholen. Daher wenden wir uns im Folgenden unserem persönlichen Fazit zu, welches unsere politische Haltung bezüglich GEKO zusammenfasst.

7.1 Persönliches politisches Fazit

Wir zeigen in dieser Bachelor-Thesis mit unterschiedlichen Bezügen auf, dass die GEKO eine soziale Problemlage darstellen. Nun gehen wir abschliessend auf unsere konkreten und politischen Forderungen für die Schweiz ein.

Art. 8 Abs. 2 BV (SR 101) besagt unter anderem, dass niemand aufgrund des Geschlechts diskriminiert werden darf. Wir verstehen darunter, dass alle Diskriminierungen aufgrund der Geschlechtsidentität sowie auch des biologischen Geschlechts nicht zulässig sind. Intergeschlechtliche Menschen können ihre allfällig nonbinäre Geschlechtsidentität noch nicht im Personenstandregister eintragen lassen. Der Bundesrat hat immer noch über zwei Postulate zur «Einführung eines dritten Geschlechts» Stellung zu nehmen (Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte, 2019, S. 3). Obwohl die Bundesverfassung im Art. 8 die Ge-

schlechtsidentität nicht explizit erwähnt, sei diese aufgrund der nicht abschliessenden Aufzählung mitzudenken (Humanrights.ch, 2020). Wir sehen die Schweiz aufgrund der universell geltenden Menschenrechte der UN-Menschenrechtskonvention und der Mitgliedschaft im Europarat dazu verpflichtet, Menschenrechte ohne Diskriminierung von nonbinären Geschlechtsidentitäten zu gewährleisten. Wir sind der Meinung, dass die Ausweitung der Personenstandsregistereintrags-Möglichkeiten in der Schweiz auf *divers*, oder *kein Geschlechtseintrag*, ein erster Schritt gegen die Diskriminierung sein kann. Ebenso sind wir der Meinung, dass sich die schweizerische Ethikkommission für die Etablierung dieser Möglichkeiten aussprechen sollte, was bisher unseres Wissens noch nicht der Fall ist.

Wir bewerten die UN-Forderungen als wichtig und richtig und würden ihre Implementierung in Form von Gesetzestexten begrüssen. Die Einführung des Gesetzesartikels in Deutschland, welcher GEKO nur bei einer Genehmigung des Familiengerichtes zulässt, stellt aus unserer Sicht einen Fortschritt gegenüber der Schweiz dar. Wir erhoffen uns für Deutschland und die Schweiz eine gesetzliche Grundlage zum Verbot von GEKO mit greifenden Sanktionen. Da das Recht in erster Linie das Kindeswohl zu schützen hat und nicht den guten Willen von Bezugspersonen voraussetzen kann in der komplexen Thematik GEKO. Hinzu kommt, dass die Bezugspersonen womöglich durch allfällig unvollständige oder irreführende Informationen durch die Medien oder die Ärzteschaft, keine vollständig informierte Entscheidung treffen können. Wir beurteilen alle medizinischen Massnahmen zum Zweck der Geschlechtszuweisung als unzulässig, bis ein Mensch seine Einwilligung geben kann. Nicht zuletzt kann ein solches Gesetz als Anerkennung des Leidens von GEKO-Betroffenen gesehen werden.

Uns erscheint es des Weiteren wichtig, dass eine offene und aktive Fehlerkultur gelebt wird in Bezug auf GEKO. Diese könnte den sachlichen trans- und interdisziplinären Dialog stärken. Die Stärkung des inter- und transdisziplinären Dialoges erachten wir als Notwendigkeit in zahlreichen Themenfeldern, auch über die Thematik GEKO hinaus.

7.2 Ausblick

In diesem abschliessenden Ausblick behandeln wir Aspekte, welche wir in unserer Bachelor-Thesis nicht vertiefen können. Ausserdem betrachten wir die Zukunftsaussichten und weisen auf offene Fragen hin, die geklärt werden sollten.

Wir möchten an dieser Stelle auf die transgenerationale Wirkung von Traumata hinweisen. Zum einen seien Kinder von traumatisierten Eltern mit höherer Wahrscheinlichkeit unsicher gebunden (Brisch, 2015, S. 108). Zum anderen ist im Diskurs der Psychotraumatologie die transgenerationale Gefühlsvererbung respektive die transgenerationale Weitergabe von Traumata bekannt. Diese geht davon aus, dass traumatische Erfahrungen (meist Missbrauch in der Kindheit) der Bezugspersonen an die Kinder weitergegeben werden, da die Bezugsperso-

nen ihre traumakompensatorischen Verhaltensweisen im Umgang mit dem Kind zeigen (Fischer & Riedesser, 2020, S. 359; Abraham, 2022, S. 6). Aber auch im Zusammenhang mit kollektiven Traumata (zweiter Form) wie dem Holocaust beispielsweise sei die transgenerationale Gefühlsvererbung nachgewiesen (Eichenberg & Zimmermann, 2017, S. 44).
Moré macht darauf aufmerksam, dass sich die transgenerationale Weitergabe des Traumas meist unbewusst entfalte im Falle von Extremtraumatisierungen oder als kollektives Trauma der zweiten Form (2013, S. 35). Wir sind daher skeptisch, ob sich transgenerationale Gefühlsvererbung auch bei Nachkommen von GEKO-Betroffenen zeigt. Da wir diesen Vorgang nicht ausschliessen können, weisen wir an dieser Stelle auf den diesbezüglichen Forschungsbedarf hin. Da eine allfällige transgenerationale Gefühlsvererbung die Relevanz der Traumaprävention erhöhen würde. Moré schreibt, dass die kollektiven psychischen Prozesse eine der bedeutsamen sozialpsychologischen Fragen der kommenden Jahrzehnte sein könnte (S. 57). Bedauerlich finden wir in Anlehnung an Langer et al., dass kaum empirisches Wissen zum Phänomen der transgenerationalen Weitergabe von Trauma bestehe (2020, S. 30). Daher verzichten wir auf eine Vertiefung dieses transgenerationalen Aspektes von Traumata in unserer Arbeit.

Wir sehen es kritisch, dass der Traumabegriff teilweise sinnentleert verwendet wird, beispielsweise im Zusammenhang mit kollektiven Traumata der zweiten Form. Bonno postuliere in seinem Buch “The End of Trauma”, dass Jugendliche vielleicht erst dadurch traumatisiert würden, dass man ihnen das Gefühl gebe, sie könnten traumatisiert sein (Weber, 2022). Auch Langer et al. weisen auf die Kritik der inflationären Verwendung des Traumabegriffs hin (2020, S. 7). Damit ist gemeint, dass die Bezeichnung “Trauma” für “leichtere” traumatische Situationen, dem Traumabegriff seine Trennschärfe und Bedeutung raubt.
Tragen wir vielleicht dazu bei, dass der Traumabegriff sinnentleert wird, wenn wir GEKO als traumatische Situation einordnen? Traumatisieren wir gar Jugendliche die GEKO durchlebten, wenn sie diese Arbeit lesen würden?
Wir glauben an die Wichtigkeit, sich diesen Gefahren in Auseinandersetzungen mit Trauma bewusst zu sein. Des Weiteren sind wir der Meinung, dass die Thematisierung und Erforschung von GEKO wichtig ist und unsere Arbeit daher sinnvoll. In der massenmedialen Berichterstattung erscheint uns die Berücksichtigung von Bonnos Erkenntnissen von grösserer Bedeutung zu sein als in wissenschaftlichen Auseinandersetzungen. Da durch die Berichterstattung der (sozialen) Medien kollektive Traumata der zweiten Form entstehen können.
Nicht zuletzt sind wir besorgt über die Entwicklung, dass Krankheiten scheinbar zunehmend erstrebenswert werden, wie am Beispiel der MSM gezeigt wird. Könnten fälschlicherweise Traumadiagnosen anstelle einer MSM gestellt werden? Wenn Jugendliche in den Medien dem Erfolg von traumatisierten Menschen folgen, welche über ihr Trauma berichten und dafür Auf-

merksamkeit, Anerkennung und eventuell sogar Geld erhalten. Wir mutmassen an dieser Stelle, dass die MSM auch im Falle von Trauma möglich ist und verweisen auf den diesbezüglichen Forschungsbedarf. Aufgrund der Mannigfaltigkeit der Traumasymptome erscheint uns die Differenzierung von MSM und genuinen Traumata besonders schwierig.

Allgemein muss die Soziale Arbeit unseres Erachtens verstärkt die Aufgaben erfüllen, welche sich aus ihrem Professionsverständnis ableiten. Wir glauben, dass dafür nicht nur die Hochschulen, sozialarbeiterischen Organisationen und staatlichen Organe einen Beitrag leisten könnten. Sondern jede einzelne sozialarbeitende Person in der Pflicht ist, sich gegen Menschenrechtsverletzungen einzusetzen, insbesondere in ihrer eigenen Institution. Hier möchten wir insbesondere die Spitalsozialarbeitenden auffordern, in Kliniken ethische Diskussionen bezüglich GEKO anzuregen. Wobei wir uns bewusst sind, dass Sozialarbeitende insbesondere in der Spitalsozialarbeit kein leichtes Spiel haben, sich aktiv gegen Menschenrechtsverletzungen einzusetzen.
Wie von Sozialarbeitenden gegen menschenrechtsverletzende Praktiken wie GEKO auf gesamtgesellschaftlicher Ebene vorgegangen werden kann, sollten zukünftige Forschungen unbedingt herausfinden.

Wir weisen in unserer Bachelor-Thesis darauf hin, dass eine ergebnisoffene Haltung der Bezugspersonen hinsichtlich der Geschlechtsidentität insbesondere im Falle von Kindern mit VdG wichtig ist. An dieser Stelle möchten wir ergänzend dazu ausführen, dass eine vorläufige Geschlechtszuweisung durch die Bezugspersonen nicht grundsätzlich falsch ist. Wichtig ist uns klarzustellen, dass damit nicht irreversible medizinische Massnahmen gemeint sind, sondern die Zuweisung eines psychosozialen Erziehungsgeschlechts. Dieses kann unseres Erachtens dem Kind Orientierung und Sicherheit geben, beispielsweise im sozialen Miteinander mit Gleichaltrigen. Da wie aus unseren Ausführungen hervorgeht, die Geschlechtsstereotypen in der Kindheit vergleichsweise starr sind und Bildungsinstitutionen teilweise noch ungenügend auf geschlechtsneutrale Identitäten eingestellt sind.
Wir plädieren nicht grundsätzlich für die Zuweisung eines Erziehungsgeschlechts, sondern für die Einzelfallorientierung. In jedem Falle sollte aber stets das Kindswohl im Vordergrund stehen und nicht Präferenzen der Bezugspersonen zur Geschlechtsidentität ihres Kindes. (Zehnder, 2010, S. 379; Groneberg, 2012, S. 487-497).

Wir schreiben in unserer Bachelor-Thesis, dass GEKO kollektive Traumata der ersten Form sein können. Meist werden darunter Ereignisse verstanden, welche zur selben Zeit am selben Ort geschehen, was bei GEKO nicht der Fall ist. Die Definitionen von kollektiven Traumata in der uns verfügbaren Literatur sind in dieser Hinsicht nicht präzise genug. Es gehe um Erfah-

rungen, welche eine Gruppe von Menschen betreffen. Ob sich diese Gruppe zur selben Zeit am selben Ort befinden muss, geht daraus nicht hervor.
Wenn wir GEKO als kollektives Trauma der ersten Form kategorisieren, folgt daraus, dass nahezu alle potenziell traumatischen Situationen eine kollektive Erfahrung darstellen können. Beispielsweise Missbrauch, welcher auch von anderen Menschen, an anderen Orten und zu anderen Zeiten erlebt wird. Nach unserem Verständnis ist in diesem Fall bei GEKO die subjektive Sichtweise des Opfers entscheidend, ob es sich um ein Einzelschicksal oder ein kollektives Trauma der ersten Form handelt. Diesbezüglich sollte die Psychotraumatologie eine präzisere Definition entwickeln, um Missverständnissen vorzubeugen.

Nicht zuletzt kommen wir auf die Umsetzbarkeit unserer Forderungen nach unabhängigen Beratungsstellen für intergeschlechtliche Menschen zu sprechen. Wir finden die Forderung des Schweizerischen Kompetenzzentrums für Menschenrechte gut, welches eine (Fach-)Beratungsstelle für die LGBTQIA+-Community allgemein vorsieht. Der Bundesrat sieht derzeit aus finanzpolitischen Gründen von der Umsetzung dieser Forderung ab (Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte, 2019, S. 2). Wir glauben, dass eine allgemeine Beratungsstelle für die ganze LGBTQIA+-Community umsetzbarer ist als eine Beratungsstelle einzig für intergeschlechtliche Menschen. Da dem Sozialstaat auch Grenzen gesetzt sind und eine Beratungsstelle für jede spezifische Problemlage weder sinnvoll noch finanzierbar ist.

In einem interdisziplinären Forschungskolloquium des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf werden wir erst spät in unserem Erarbeitungsprozess auf einen aktuellen Artikel aufmerksam gemacht. Meyer-Bahlburg kritisiert darin die angebliche Zensur des medizinischen Fachwissens bezüglich VdG innerhalb der medizinischen Lehre an einer Schule in Kanada. In diesem Artikel wird des Weiteren eine Befragung zitiert, welche zum Ergebnis kommt, dass die meisten Menschen mit VdG die medizinischen Massnahmen vor der Einwilligungsfähigkeit begrüssen würden (2022). Wir erkennen den Bedarf, die Behandlungszufriedenheit und Wünsche der Betroffenen systematisch zu erforschen, da wir diese nicht ausreichend beurteilen können, anhand der uns zur Verfügung stehenden empirischen Datengrundlage. Wir sind der Meinung, dass sich Kinder mit VdG ein Erziehungsgeschlecht wünschen. Allerdings zweifeln wir das Befragungsergebnis von Meyer-Bahl an, dass die Mehrheit vor der Einwilligungsfähigkeit eine irreversible und kosmetische Operation wünscht.

Abschliessend möchten wir darauf hinweisen, dass wir in der Erarbeitung unserer Bachelor-Thesis insgesamt feststellen können, dass viele Verbesserungen für Kinder mit VdG im medizinischen, politischen und psychosozialen Versorgungssystem initiiert wurden von unterschiedlichsten Akteur*innen. Dies stimmt uns positiv, dass zukünftig ein globales und wirksames GEKO-Verbot implementiert wird, wenn sich Menschen weiterhin dafür stark machen.

8 Literaturverzeichnis

Abraham, Andrea. (2022). Von Generation zu Generation: die Folgen früherer Zwangsmassnahmen. *BFH Impuls, 3,* 6-8. Abgerufen von www.bfh.ch

American Psychological Association. (2013). Gold Medal Award for Life Achievement in the Science of Psychology. *American Psychologist*, *5*(13), 331- 333. doi: 10.1037/a0033276

Andernatta, Pia. (2018). Traumatisierung von Kindern durch Krieg und Flucht sowie ein kritischer Blick auf den klinischen Traumadiskurs. *Psychologie & Gesellschaftskritik*, *42*(2/3), 75-95. Abgerufen von www.wiso-net.de

Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität «Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung». (2008). Ethische Grundsätze und Empfehlungen bei DSD - Therapeutischer Umgang mit Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung/ Intersexualität bei Kindern und Jugendlichen. *Monatsschrift Kinderheilkunde, 3,* 241-245. doi: 10.1007/s00112-008-1713-z

AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz - Ein Argumentarium für die Praxis* [PDF]. Abgerufen von https://avenirsocial.ch/

Bauer, Markus & Truffer, Daniela. (2019). *Intersex Genital Mutilation Human Rights Violations Of Children With Variations Of Reproductive Anatomy* [PDF]. Abgerufen von https://stopigm.org/

Bering, Robert, Krefeld, Claudia & Zurek, Gisela. (2016). Psychotraumatologie und PTBS. *Der Neurobiologe & Psychiater, 17(*12), 40-50. Abgerufen von https://link.springer.com/

Borg-Laufs, Michael. (2019). Menschliche Entwicklung – Entwicklungspsychologie und Entwicklungs-psychopathologie. In Dieter Wälte, Michael Borg-Laufs & Burkhart Brückner (Hrsg.), *Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit* (2. Aufl., S. 11-70). Stuttgart: Kohlhammer.

Brinkmann, Lisa, Schweizer, Katinka & Richter-Appelt, Hertha. (2007). Behandlungserfahrungen von Menschen mit Intersexualität: Ergebnisse der Hamburger Intersex-Studie. *Gynäkologische Endokrinologie, 5*(20/10), 235-242. doi: 10.1007/s10304-007-0199-4

Brisch, Karl Heinz & Hellbrügge, Theodor (Hrsg.). (2015). Vorwort. In Karl Heinz Brisch & Theodor Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma - Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (5. Aufl., S. 7-9). Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, Karl Heinz. (2015). Bindungsstörungen und Trauma - Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In Karl Heinz Brisch & Theodor Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma - Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (5. Aufl., S. 105-135). Stuttgart: Klett-Cotta.

Bründl, Juliane. (2002). Trauma, Adoleszenz und Kreativität - Aus der Behandlung einer jungen Frau. In Manfred Endres & Gerd Biermann (Hrsg.), *Traumatisierung in Kindheit und Jugend* (2. Aufl., S. 172-190). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Bundesamt für Statistik (BFS). (n.d.). *Geburten* [Website]. Abgerufen von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.html

Bundesrat & Bundesamt für Gesundheit. (2016). *Menschen mit uneindeutigem Geschlecht – Sensibilität fördern* [Webseite]. Abgerufen von https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msgid-62507.html

Bundesrat Deutschland. (2020). *Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung* [PDF]. Abgerufen von https://www.bundesrat.de/DE/homepage/homepage-node.html

Butler, Judith. (2016). *Das Unbehagen der Geschlechter* (17. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Chodorow, Nancy. (2001). *Psyche der Macht der Gefühle. Subjekt und Bedeutung in Psychoanalyse, Geschlecht und Kultur*. Stuttgart: Kohlhammer.

Colapinto, John. (2000). *Der Junge der als Mädchen aufwuchs*. München: Wilhelm Goldmann Verlag.

Creighton, Sarah & Liao, Lih-Mei. (2004). Changing attitudes to sex assignment in intersex. *BJU international, 93,* 659-664. doi: 10.1111/j.1464-410X.2004.04694.x

Dahlmann, Christian & Janssen- Schmidchen, Gerda. (2019). Operationsverbot bei Varianten der Geschlechtsentwicklung bis zur Einwilligungsfähigkeit. Diskussion aus dem Blickwinkel von Patientenorganisationen. *Monatszeitschrift Kinderheilkunde, 7*, 591-597. doi: 10.1007/s00112-019-0714-4

Deixler, Doris. (2017). Trauma und Beratung. In Georg Gittler, Martin Busch, Laura Soroldoni, Doris Deixler & Hanni Büttler (Hrsg.), *Potenziale und Ressourcen erkennen und entwickeln: Zugänge und Modelle* (S. 193-202). doi: 10.3278/6004558W179

Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). (2018). *20 Jahre DeGPT* [Video-Podcast]. Abgerufen von https://www.degpt.de/

Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). (n.d.). *Über uns* [Website]. Abgerufen von https://www.degpt.de/

Deutscher Ethikrat (2012). *Intersexualität: Stellungnahme* [PDF]. Abgerufen von https://www.ethikrat.org/

Diepold, Barbara. (2002). Schwere Traumatisierungen in den ersten Lebensjahren - Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung und Möglichkeiten psychoanalytischer Behandlung. In Manfred Endres & Gerd Biermann (Hrsg.), *Traumatisierung in Kindheit und Jugend* (2. Aufl., S. 131-142). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Dudenredaktion. (Hrsg.). (2017). *Die deutsche Rechtschreibung – Das umfassende Standardwerk auf der Grundlage der amtlichen Regeln* (27. Aufl.). Berlin: Bibliographisches Institut.

Ehlers, Anke & Clark, David. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38,* 319-345. Abgerufen von https://www.sciencedirect.com/

Ehlert, Gudrun. (2012). *Gender in der Sozialen Arbeit, Konzepte, Perspektiven, Basiswissen*. Schwalbach: Wochenschau Verlag.

Ehrenfeld, Franziska, Rauscher, Insa & Reineke, Hannah. (2019). *Intersexuell leben - das dritte Geschlecht* [Video-Podcast]. Abgerufen von https://www.dw.com/

Eichenberg, Christiane & Zimmermann, Peter. (2017). *Einführung Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Endres, Manfred & Moisl, Sibylle. (2002). Entwicklung und Trauma. In Manfred Endres & Gerd Biermann (Hrsg.), *Traumatisierung in Kindheit und Jugend* (2. Aufl., S. 11-26). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Erikson, Moa. (2016). Managing collective trauma on social media: the role of Twitter after the 2011 Norway attacks. *Media, Culture & Society, 38*(3), 365-80. doi: 10.1177/0163443715608259

Europäisches Parlament. (2019). *Entschließung des Europäischen Parlaments vom 14. Februar 2019 zu den Rechten intersexueller Personen* [Webseite]. Abgerufen von https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2019-0128_DE.html

European Society for Traumatic Stress Studies. (n.d.). *About ESTSS* [Website]. Abgerufen von https://estss.org/about/

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2015). *The Fundamental Rights Situation of Intersex People* [PDF]. Abgerufen von https://fra.europa.eu/en

False Memory Syndrome Foundation. (n.d.). *Welcome To - MEMORY AND REALITY - Website of the False Memory Syndrome Foundation* [Website]. Abgerufen von http://www.fmsfonline.org/

Fausto-Sterling, Anne. (1993*).* The Five Sexes. Why Male and Female are not enough*. The Science, 33*(2), 20-25. Abgerufen von https://www.semanticscholar.org/

Fausto-Sterling, Anne. (2000). *Sexing the body: Gender politics and the construction of Sexuality*. New York: Basic Books.

Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Fischer, Gottfried. (2009). Psychotraumatologie und Traumatherapie in der Perspektive der Psychotherapiewissenschaft. *Psychotherapie Forum, 17,* 177-182. doi: 10.1007/s00729-009-0301-6

Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter. (2020). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (5. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Focks, Petra. (2014*). Lebenswelten von intergeschlechtlichen, transgeschlechtlichen und genderqueeren Jugendlichen aus Menschenrechtsperspektive-Expert*inneninterviews* [PDF]. Abgerufen von https://opus.bsz-bw.de/fhdo08/home

Foucault, Michel. (1998). *Über Hermaphrodismus. Der Fall Barbin*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Frei, Anna & Zulauf, Saskia. (2017). *Männlich, weiblich, unbekannt- Eltern eines Kindes des dritten Geschlechts werden- Eine Analyse der Erfahrungen und Bedürfnisse von betroffenen intersexuellen Kindern* (Unveröffentlichte Master-Thesis). Berner Fachhochschule - Fachbereich Gesundheit: Bern.

French, Chris. (2017). The John Maddox Prize Nomination for Elizabeth Loftus. *Skeptical Inquirer, 41*(2), 20-23. Abgerufen von https://skepticalinquirer.org/

Fröhlich-Gildhoff, Klaus & Morciszek, Max. (2021). Resilienz und Resilienzförderung im frühen und mittleren Erwachsenenalter. In Klaus Fröhlich-Gildhoff & Maik Rönnau-Böse (Hrsg.), *Menschen stärken: Resilienzförderung in verschiedenen Lebensbereichen (*S. 201-214). doi: 10.1007/978-3-658-32259-5

Fröhlich-Gildhoff, Klaus & Rönnau-Böse, Maike. (2021). Resilienz und Resilienzförderung im Jugendalter (Adoleszenz). In Klaus Fröhlich-Gildhoff & Maike Rönnau-Böse (Hrsg.), *Menschen stärken: Resilienzförderung in verschiedenen Lebensbereichen (*S. 175-184). doi: 10.1007/978-3-658-32259-5

Garrels, Lutz. (1998). Das Geschlechtserleben Intersexueller im Diskurs. *Zeitschrift für Sexualforschung 11*(3), 197-211. Abgerufen von https://opus.bsz-bw.de/fhdo08/home

Gerrig, Richard. (2018a). Gedanken, Bewusstsein und Bewusstseinsveränderung. In Tobias Dörfler & Janette Roos (Hrsg.), *Psychologie* (S. 179-211). Hallbergmoos: Pearson.

Gerrig, Richard. (2018b). Gedächtnis. In Tobias Dörfler & Janette Roos (Hrsg.), *Psychologie* (S. 253-301). Hallbergmoos: Pearson.

Gerrig, Richard. (2018c). Psychotherapie. In Tobias Dörfler & Janette Roos (Hrsg.), *Psychologie* (S. 603-645). Hallbergmoos: Pearson.

Gerrig, Richard. (2018d). Entwicklung. In Tobias Dörfler & Janette Roos (Hrsg.), *Psychologie* (S. 380-433). Hallbergmoos: Pearson.

Gerrig, Richard. (2018e). Sozialpsychologie. In Tobias Dörfler & Janette Roos (Hrsg.), *Psychologie* (S. 646-701). Hallbergmoos: Pearson.

Ghattas, Dan Christian. (2017). *Die Menschenrechte intergeschlechtlicher Menschen schützen – wie können Sie helfen?* [PDF]. Abgerufen von https://www.oiieurope.org/

Global Collaboration on Traumatic Stress. (n.d.). *About us* [Website]. Abgerufen von https://www.global-psychotrauma.net/

Gregor, Anja. (2015). *Constructing Intersex. Intergeschlechtlichkeit als soziale Kategorie*. Bielefeld: transcript.

Groneberg, Michael. (2012). Empfehlungen zum Umgang mit Zweigeschlechtlichkeit. In Katinka Schweizer & Hertha Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Reihe: Beiträge zur Sexualforschung* (S. 485-502). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Grossmann, Klaus. (2015). Emmy Werner: Engagement für ein Lebenswerk zum Verständnis menschlicher Entwicklung über den Lebensverlauf. In Karl Heinz Brisch & Theodor Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (5. Aufl., S. 15-33). Stuttgart: Klett-Cotta.

Grover, Sonia. (2012). Gynäkologische Aspekte im Umgang mit Besonderheiten in der Geschlechtsentwicklung (DSD). In Katinka Schweizer & Hertha Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Reihe: Beiträge zur Sexualforschung* (S. 311-344). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Hauberg, Sven. (2021, 1. April). «In der Schweiz sind Genitalverstümmelungen an der Tagesordnung». *blue News*. Abgerufen von https://www.bluewin.ch/de/index.html

Hechler, Andreas. (2015). Intergeschlechtlichkeit in Bildung, Pädagogik und Sozialer Arbeit. In Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), G*utachten: Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten* (S. 63–75). Berlin: Begleitmaterial zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität. Abgerufen von https://www.bmfsfj.de/bmfsfj

Hirschauer, Stefan. (1994*). Die soziale Konstruktion der Transsexualität. Über die Medizin und den Geschlechtswechsel*. doi: 10.7767/lhomme.1994.5.1.159

Hoenes, Josch, Januschke, Eugen & Klöppel, Ulrike. (2019). *Häufigkeit normangleichender Operationen „uneindeutiger" Genitalien im Kindesalter. Follow Up-Studie* [PDF]. Abgerufen von https://im-ev.de/

Hofmann, Arne & Besser, Lutz-Ulrich. (2015). Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen - Grundlagen und Behandlungsmethoden. In Karl Heinz Brisch & Theodor Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma - Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (5. Aufl., S. 172-203). Stuttgart: Klett-Cotta.

Holzleithner, Elisabeth. (2002). *Recht Macht Geschlecht. Legal Gender Studies. Eine Einführung*. Wien: WUV-Universitätsverlag.

Humanrights.ch. (2020). *Diskriminierungsmerkmale* [Website]. Abgerufen von *https://www.humanrights.ch/de/*

Human Rights Watch. (2021). *"The Law Undermines Dignity" - Momentum to Revise Japan's Legal Gender Recognition Process* [Website]. Abgerufen von Human Rights Watch | Verteidigung der Menschenrechte weltweit (hrw.org)

Hüther, Gerald. (2015). Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung - Das allgemeine Entwicklungsprinzip. In Karl Heinz Brisch & Theodor Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma - Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (5. Aufl., S. 94-104). Stuttgart: Klett-Cotta.

International Federation of Social Workers. (2014). *Die IFSW/IASSW Definition der Sozialen Arbeit von 2014* [PDF]. Abgerufen von https://www.ifsw.org/

International Society of Sexual Medicine. (n.d.). *What does the term "intersex" mean?* [Website]. Abgerufen von https://www.issm.info/

Junge Freiheit. (2022). *Bio-Prof erklärt: Warum es nur zwei Geschlechter gibt (JF-TV Thema)* [Video-Podcast]. Abgerufen von https://www.youtube.com/

Keilson, Hans. (2002). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern durch man-made disaster. In Manfred Endres & Gerd Biermann (Hrsg.), *Traumatisierung in Kindheit und Jugend* (2. Aufl., S. 44-58). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Kindler, Tobias. (2019). Soziale Arbeit hat einen politischen Auftrag. *SozialAktuell, 3*(03/19), 36-37. Abgerufen von https://avenirsocial.ch/

Klöppel, Ulrike. (2010). *XXOXY ungelöst. Hermpaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität*. Bielefeld: transcript.

Klöppel, Ulrike. (2016). *Zur Aktualität kosmetischer Operationen „uneindeutiger" Genitalien im Kindesalter* [PDF]. Abgerufen von https://www.ruhr-uni-bochum.de/de

Kompetenzzentrum geschlechtergerechte Kinder- und Jugendhilfe Sachsen- Anhalt e. V.(KgKJH). (2017). *Intergeschlechtlichkeit – (k)ein Thema in der Kinder- & Jugendhilfe?* [PDF]. Abgerufen von https://www.geschlechtergerechtejugendhilfe.de/

Krämer, Anike. (2021). *Geschlecht als Zäsur - Zum Alltagserleben von Eltern intergeschlechtlicher Kinder*. doi: 10.1007/978-3-658-34142-8

Lampalzer, Ute, Briken, Peer & Schweizer, Katinka. (2020). Dealing With Uncertainty and Lack of Knowledge in Diverse Sex Development: Controversies on Early Surgery and Questions of Consent. *Sexual Medicine, 8*(03/20), 472-489. doi: 10.1016/j.esxm.2020.03.002

Langer, Phil, Dymczyk, Adina, Brehm, Alina & Ronel, Joram. (2020). *Traumakonzepte in Forschung und Praxis - Ein Überblick*. doi: 10.1007/978-3-658-31683-9

Laqueur, Thomas. (1992). *Auf den Leib geschrieben. Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Laucht, Manfred. (2015). Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern – Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie. In Karl Heinz Brisch & Theodor Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (5. Aufl., S. 53-71). Stuttgart: Klett-Cotta.

Levine, Peter. (2015). *Trauma und Gedächtnis. Die Spuren unserer Erinnerung in Körper und Gehirn - Wie wir traumatische Erfahrungen verstehen und verarbeiten*. München: Kösel.

Löffler, Julia & BuzzFeed News. (2018). *Intersexualität* [Video-Podcast]. Follow This, Teil 1, Folge 3. Abgerufen von https://www.netflix.com/browse

Lusk, Jeniece. (2017). Japanese Millennials and Intersex Awareness. *Sexuality & Culture, 21,* 613-626. doi 10.1007/s12119-017-9407-0

Maihofer, Andrea. (1995). *Geschlecht als Existenzweise. Macht, Moral, Recht und Geschlechterdifferenz.* Frankfurt am Main: Ulrike Helmer Verlag.

Malliou- Becher, Nefeli, Vogt, Peter, Capp, E. & Frank-Herrmann, Petra. (2021). Varianten der Geschlechtsentwicklung in der Frauenheilkunde. *Gynäkologische Endokrinologie, 19*(30/11), 2-10. doi: 10.1007/s10304-020-00358-3

Mattejat, Fritz (2008). *Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien - Lehrbuch der Psychotherapie. Für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung*. Giessen: Psychosozial-Verlag.

Medical School Hamburg. (n.d.). *Prof. Dr. habil. Katinka Schweizer* [Website]. Abgerufen von https://www.medicalschool-hamburg.de/

Meyer-Bahlburg, Heino. (2022, 7. Nov.). Censoring Intersex Science: A Medical School Scandal. *Archives of Sexual Behavior*. doi: 10.1007/s10508-022-02445-x

Moré, Angela. (2013). Überantwortete Vergangenheitsbewältigung: zur Bedeutung transgenerationaler Gefühlsvererbung für das Konstrukt und Erleben von Identität. *Psychologie und Gesellschaftskritik, 36/37*(4/1), 35-59. Abgerufen von SSOAR - Social Science Open Access Repository – SSOAR (gesis.org)

Moulson, Margaret, Fox, Nathan, Zeanah, Charles & Nelson, Charles. (2009). Frühe Erfahrungen und die Neurobiologie der Verarbeitung von Gesichtsemotionen. *Entwicklungspsychologie, 45*(1), 17–30. doi: 10.1037/a0014035

MSD Schweiz. (2021). *Dissoziative Amnesie* [Website]. Abgerufen von https://www.msdmanuals.com/de/heim

Müller, Christoph. (2021). *Pädagogisch arbeiten in traumatischen Prozessen - Geflüchtete Kinder und Jugendliche in der Schule*. doi: 10.1007/978-3-658-32876-4

Müller-Vahl, Kirsten, Pisarenko, Anna, Jukubovski, Ewgeni & Fremer, Carolin. (2022). Stop that! It's not Tourette's but a new type of mass sociogenic illnes. *Brain, 145,* 476-480. doi: 10.1093/brain/awab316

Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin. (2012). *Zum Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung: Ethische Fragen zur "Intersexualität"* [PDF]. Abgerufen von https://www.nek-cne.admin.ch/de/nek-cne-startseite/

National Child Traumatic Stress Network. (n.d.). *Medical Trauma* [Website]. Abgerufen von https://www.nctsn.org/

News Plus SRF. (2022). *"Tiktok ist mein Leben": Neue Studie zum Medienumgang der Jungen* [Audio-Podcast]. Abgerufen von https://www.spotify.com

Organisation Intersex International Europe (OII Europe). (2013). *Öffentliche Erklärung des Dritten Internationalen Intersex-Forums* [Webseite]. Abgerufen von https://oiieurope.org/

Pankofer, Sabine & Sagebiel, Juliane-Beate. (2017). Möge die Macht mit dir sein! Machtgeschehen in der Sozialen Arbeit. *SozialAktuell, 6*(06/17), 10-14. Abgerufen von https://avenirsocial.ch/

Papousek, Mechthild & Wollwerth de Chuquisengo, Ruth. (2015). Auswirkungen mütterlicher Traumatisierungen auf Kommunikation und Beziehungen in der frühen Kindheit – Werkstattbericht aus 10 Jahren Münchner Sprechstunde für Schreibabys. In Karl Heinz Brisch & Theodor Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (5. Aufl., S. 136-159). Stuttgart: Klett-Cotta.

Recovered Memory Project. (2010-2022a). *Die Debatte über wiederhergestellte Erinnerungen / die Theorie des «falschen Gedächtnisses»* [Website]. Abgerufen von https://blogs.brown.edu/recoveredmemory/

Recovered Memory Project. (2010-2022b). *Gedächtnisstörung und dissoziative Amnesie bei Holocaust-Überlebenden* [Website]. Abgerufen von https://blogs.brown.edu/recovered-memory/

Recovered Memory Project. (2015, 22. Juli). *Elisabeth Loftus and the Hoffman Report* [Website]. Abgerufen von https://blogs.brown.edu/recoveredmemory/

Reinders, Simone, Willemsen, Antoon, Vos, Henry, Boer, Johan & Nijenhuis, Ellert. (2012). Fact or Factitious? A Psychobiological Study of Authentic and Simulated Dissociative Identity States. *PLoS ONE, 7(6),* 1-17. doi: 10.1371/journal.pone.0039279

Richter-Appelt, Hertha. (2007). Intersexualität - Störungen der Geschlechtsentwicklung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 50,* 52-61. doi: 10.1007/s00103-007-0109-x

Richter-Appelt, Hertha & Schweizer, Katinka. (2010). Intersexualität oder Störungen der Geschlechtsentwicklung - Behandlungen von Personen mit nichteindeutigem körperlichen Geschlecht. *Psychotherapeut*, *55,* 36-42. doi: 10.1007/s00278-009-0711-5

Richter-Appelt, Hertha. (2012). Psychologische und psychotherapeutische Interventionen. In Katinka Schweizer & Hertha Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Reihe: Beiträge zur Sexualforschung* (S. 355-370). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Richter-Appelt, Hertha & Schweizer, Katinka. (2014). Intersexualität/DSD: Neue Perspektiven auf geschlechtliche Körpervielfalt. In Peer Briken & Michael Berner (Hrsg.), *Praxisbuch: Sexuelle Störung, Sexuelle Gesundheit, Sexualmagazin, Psychotherapie sexueller Störungen* (S. 223-230). doi: 10.1055/b-002-57141

Richter, Helmut. (2019). *Sozialpädagogik – Pädagogik des Sozialen - Grundlegungen, Institutionen und Perspektiven der Jugendbildung* (2. Aufl.). doi: 10.1007/978-3-658-23242-9

Riedesser, Peter. (2015). Entwicklungspsychopathologie von Kindern mit traumatischen Erfahrungen. In Karl Heinz Brisch & Theodor Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma - Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (5. Aufl., S. 160-171). Stuttgart: Klett-Cotta.

Rousseau, Jean-Jacques. (1998). *Emil oder Über die Erziehung* (13. Aufl.). Paderborn, München, Wien, Zürich: Ferdinand Schöningh.

Ruhr Universität Bochum. (n.d). *Eltern Angehörige - Inter*, Intergeschlechtlichkeit - Was ist das?* [Website]. Abgerufen von https://inter-nrw.de/

Sax, Leonard. (2002). How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling. *Journal of Sex Research 29*(3), 174-178. doi: 10.1080/00224490209552139

Schafer, Roy. (1997). Die zeitgenössischen Kleinianer in London. *Psyche a journal of entomology, 51*(4), S. 338-357. Abgerufen von https://elibrary.klett-cotta.de/

Schäffner, Wolfgang & Vogel, Joseph. (1998). Nachwort. In Michel Foucault (Hrsg.), *Über Hermaphrodismus. Der Fall Barbin* (S. 215-246). Frankfurt am Main: Suhrkampf.

Schumann, Kerstin. (2021). Inter*, Kindeswohl und die Kinder- und Jugendhilfe. *Sozial Extra, 2,* 99 -102, doi: 10.1007/s12054-021-00365-z

Schweizerisches Institut für Psychotraumatologie. (n.d.). *Willkommen im Schweizer Institut für Psychotraumatologie* [Website]. Abgerufen von https://psychotraumatologie-sipt.ch/

Schweizerisches Institut für Trauma Therapie. (n.d.). *Willkommen* [Website]. Abgerufen von https://www.sitt.ch/

Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte. (2022). Studie “Zugang zur Justiz in Diskriminierungsfällen” - *Update: Stand der Umsetzung, 29. November 2022* [PDF]. Abgerufen von https://www.skmr.ch/de/themenbereiche/geschlechterpolitik/publikationen/index.html

Schweizer, Katinka. (2012). Identitätsbildung und Varianten der Geschlechtsidentität. In Katinka Schweizer & Hertha Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Reihe: Beiträge zur Sexualforschung* (S. 459-484). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Schweizer, Katinka & Richter-Appelt, Hertha. (2012). Behandlungspraxis gestern und heute: Vom optimalen Geschlecht zur individuellen Behandlungsindikation. In Katinka Schweizer & Hertha Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Reihe: Beiträge zur Sexualforschung* (S. 99-118). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Schweizer, Katinka, Lampalzer, Ute, Handford, Christian & Briken, Peer. (2015). *Kurzzeitbefragung zu Strukturen und Angeboten zur Beratung und Unterstützung bei Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale. Begleitmaterial zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität – Band* [PDF]. Abgerufen von https://www.medicalschool-hamburg.de/

Schweizer, Katinka. (2021a). Psychosoziale Versorgung bei Intersex/Varianten der Geschlechtsentwicklung. Leitlinienorientierte Beratung und Psychotherapie. *Gynäkologische Endokrinologie*, *1*, 30-36. doi: 10.1007/s10304-020-00361-8

Schweizer, Katinka. (2021b). *Stellungnahme zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung* [PDF]. Abgerufen von https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2021/kw02-pa-recht-selbstbestimmung-814994

Schweizer, Wolfgang. (1999). SPEKTRUM: Bücher - Psychotraumatologie - Junge Disziplin. *Deutsches Ärzteblatt, 96*(17), S. 1100. Abgerufen von http://www.aerzteblatt.de

Spektrum. (n.d.). *Konfabulation* [Website]. Abgerufen von https://spektrum.de

Spiegel, David, Dalenberg, Constance, Loewenstein, Richard, Dorahy, Martin, Frewen, Paul, Brand, Bethany, Gleaves, David, Cardena, Etzel & Carlson, Eve. (2014). Reality Versus Fantasy: Reply to Lynn et al. (2014). *Psychological Bulletin, 140*(3), 911-920. doi: 10.1037/a0036685

Spiewak, Martin. (2022, 14. Juni). “Die Risiken einer Transition werden systematisch ignoriert”. *Zeit online*. Abgerufen von https://www.zeit.de

Steller, Max. (2015). *Nichts als die Wahrheit? Vom Versagen der Justiz*. Abgerufen von https://www.penguinrandomhouse.de/Verlag/Heyne/30000.rhd

Steller, Max. (2019). Die Entdeckung der Scheinerinnerung - Aussagepsychologische Begutachtung bei später Erinnerung an Traumata. In Rüdiger Deckers & Günter Köhnken (Hrsg.), *Die Erhebung und Bewertung von Zeugenaussagen im Strafprozess* (S. 71-96). Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag.

Steller, Max. (2020). Stand und Herausforderungen der Aussagepsychologie. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 14*, 188-196. doi: 10.1007/s11757-020-00589-x

Stermoljan, Christine & Fegert, Jörg. (2014). Unterstützung für von sexuellem Missbrauch betroffene Kinder und Jugendliche. In Jörg Fegert, Ulrike Hoffmann, Elisa König, Johanna Niehues & Hubert Liebhardt (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich* (S. 251-267). doi: 10.1007/978-3-662-44244-9

Stern, Caroline. (2009). *Intersexualität. Geschichte, Medizin und psychosoziale Aspekte*. Marburg: Tectum Verlag.

Taniguchi, Hiroyuki. (2003). *Japan’s 2003 Gender Identity Disorder Act: The Sex Reassignment Surgery, No Marriage, and No Child Requirements as Perpetuations of Gender Norms in Japan* [PDF]. Abgerufen von http://blog.hawaii.edu/

Tilmanns, Manuela. (2015). *Intergeschlechtlichkeit: Impulse für die Beratung*. doi: 10.30820/9783837969467

Trautner, Hanns, Rubel, Diane, Cyphers, Lisa, Kristen, Barbara, Behrendt, Regina, & Hartmann, Petra. (2005). Rigiditiy and flexibility of gender stereotypes in childhood: Development or differential?. *Infant and Child Development, 14*, 365-381. doi: 10.1002/icd.399

United Nations. (2019). *Born Free and Equal - Sexual Orientation, Gender Identity and Sex Characteristics in International Human Rights Law* [PDF]. Abgerufen von https://www.ohchr.org/en/ohchr_homepage

Universität Freiburg. (n.d.) *Abteilung Medizin: Forschungen: Our research* [Webseite]. Abgerufen von https://www.unifr.ch/med/de/research/groups/lauber/

Van der Hart, Onno & Nijenhuis, Ellert. (1999). Bearing Witness to Uncorroborated Trauma: The Clinician`s Development of Reflective Belief. *Professional Psychology: Research and Practice, 30*(1), 37-44. doi: 10.1037/0735-7028.30.1.37

Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich (VIMÖ) & TransInterQueer e.V.. (2020). *TriQ und VIMÖ informieren zur Intergeschlechtlichkeit/ Variationen der Geschlechtsmerkmale. INTER* Informationen für Ärzt_innen, Therapeut_innen & andere pflegende und medizinische Berufsgruppen* (2. Aufl.) [PDF]. Abgerufen von https://vimoe.at/

Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich (VIMÖ). (2022a). *Stellungnahme "Selbstbestimmung Zugang und umfassende Umsetzung alternativer Geschlechtseinträge für trans*, intergeschlichte und nicht-binäre Menschen"* [PDF]. Abgerufen von https://vimoe.at/

Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich (VIMÖ). (2022b). *VIMÖ-Statement zu aktuellen medialen Diskussionen über Geschlechtervielfalt und deren (Nicht-)Anerkennung!* [PDF]. Abgerufen von https://vimoe.at

Volbert, Renate. (2011). Aussagen über traumatische Erlebnisse - Spezielle Erinnerung? Spezielle Begutachtung?. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 5,* 18-31. doi: 10.1007/s11757-010-0090-3

Von Hinkeldey, Sabine & Fischer, Gottfried. (2002). *Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Voss, Heinz-Jürgen. (2012). *Intersexualität- Intersex. Eine Intervention*. Münster: UNRAST-Verlag.

Wacke, Andres. (1989). Vom Hermaphroditen zum Transsexuellen. In Heinz Erich (Hrsg.), *Festschrift für Kurt Rebmann zum 65. Geburtstag* (S. 861-903). München: Beck.

Wälte, Dieter. (2019). Der psychisch gestörte Mensch – Klinische Psychologie. In Dieter Wälte, Michael Borg-Laufs & Burkhart Brückner (Hrsg.), *Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit* (2. Aufl., S. 133-202). Stuttgart: Kohlhammer.

Weber, Bettina. (2022, 19. Nov.). Und auf einmal ist das Tourette-Syndrom hip. *Tagesanzeiger*. Abgerufen von https://www.tagesanzeiger.ch/sonntagszeitung

Werlen, Mirjam, Shaha, Maya & Streuli, Jürg. (2016, 29. Aug.). *Unterstützung der Eltern nach IVG bei Geschlechtsvarianten (DSD/ VSD - «Intersexualität»)* [PDF]. Abgerufen von https://jusletter.weblaw.ch/juslissues/2022/1134.html

Westenfelder, Martin. (2011). Medizinische und juristische Aspekte zur Behandlung intersexueller Differenzierungsstörung. *Der Urologe, 5,* 59-599*.* doi: 10.1007/s00120-011-2531-9

Whitney, Natalia, Samue, Douglass, Ankita, Laura, Strand, Nicolle & Jahromi, Alireza. (2022). Avoiding Assumptions: Sexual Function in Transgender and Non-Binary Individuals. *International Society of Sexual Medicine, 19*, 1032-1043. doi: 10.1016/j.jsxm.2022.03.214

Wicki, Werner. (2019). *Entwicklungspsychologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

WocomoDOCS. (2019). *Weder Junge noch Mädchen: Kinder ohne definiertes Geschlecht* [Video-Podcast]. Abgerufen von https://www.youtube.com

World Health Organization. (2022). I*nternational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* (11. Aufl.) [Website]. Abgerufen von https://icd.who.int/en

Zehnder, Kathrin. (2010). *Zwitter beim Namen nennen: Intersexualität zwischen Pathologie, Selbstbestimmung und leiblicher Erfahrung*. Bielefeld: transcript.

Zehnder, Kathrin & Streuli, Jürg. (2012). Kampf der Diskurse? - Unverständnis im Dialog. In Katinka Schweizer & Hertha Richter-Appelt (Hrsg.), *Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Reihe: Beiträge zur Sexualforschung* (S. 395-414). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Zeit Online. (2020). *Dissoziative Identitätsstörung: Interview mit Psychotherapeutin Michaela Huber* [Video-Podcast]. Abgerufen von www.youtube.com

Zentrum für Aussagepsychologie Berlin. (n.d.). *Kooperationspartner - Prof. Dr. Max Steller*. Abgerufen von https://www.aussagepsychologie-berlin.de/

9 Abkürzungsverzeichnisverzeichnis

APA:	American Psychological Association
BFS:	Bundesamt für Statistik
DeGPT:	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
DIS:	Dissoziative Identitätsstörung
DSM-5:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Desease (5. Aufl.)
DSD:	Disorder of Sex Development (Störung der Geschlechtsentwicklung)
EatE:	Erinnerungen an traumatische Ereignisse
FM:	Fantasy Modell (Scheinerinnerungen sind wahrscheinlich im Falle von wiederkehrenden EatE).
FRA:	European Union Agency for Fundamental Rights (Förderung und Schutz Ihrer Grundrechte in der gesamten Europäische Union)
GEKO:	Geschlechtszuweisende Eingriffe an Kindern mit Variationen der Geschelchtsentwicklung ohne medizinische Notwendigkeit
ICD-11:	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11. Aufl.)
IV:	Invalidenversicherung in der Schweiz
KgKJH:	Kompetenzzentrum geschlechtergerechte Kinder- und Jugendhilfe Sachen-Anhalt e.V.
LGBTQIA+-Community:	Gruppe von lesbischen, schwulen, bisexuellen, asexuellen, Trans-, Queer- und Inter-Personen und «+» = alles weitere auf dem Spektrum
MSM:	mass social media-inducted illness (Massenkrankheit, welche durch Medien verursacht wird)
PTBS:	Posttraumatische Belastungsstörung
S2k-Leitlinie:	Eine deutsche medizinische, konsensbasierte Leitlinie zu VdG
TM:	Trauma Modell (Genuine Erinnerungen sind wahrscheinlich im Falle von wiederkehrenden EatE.)
UN:	United Nations, (Vereinte Nationen)
VdG:	Variationen der Geschlechtsentwicklung
VIMÖ:	Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich
WHO:	Weltgesundheitsorganisation