

Transsexualität und Intersexualität in ethischer Perspektive

Christian Säfken

In den westlichen Ländern ist der Umgang mit Menschen, deren Geschlechtsidentität von ihrem körperlichen Geschlecht abweicht, zu einer Domäne der Psychologie und der Medizin geworden.¹ Intersexuelle Kinder, deren Genom, Anatomie oder Hormonphysiologie von der Norm abweicht, werden mittels geschlechtsangleichender Korrekturmaßnahmen verweiblicht oder vermännlicht. Jugendliche und Erwachsene, deren seelisches Empfinden ihrer Geschlechtszugehörigkeit sich von ihrem körperlichen Geschlecht unterscheidet, durchlaufen jahrelange Prozeduren der Diagnostik, bevor eine hormonelle und/oder eine chirurgische Geschlechtsumwandlung erfolgt. Zusätzlich zu den medizinischen Herausforderungen und zur rechtlichen Regeldichte² dieser Behandlung begeben sich die behandelnden Ärzte außerdem auf ethisch vermintes Gelände.

Die folgenden Ausführungen erläutern einige ethische Aspekte in der Behandlung von intersexuellen Kindern und transsexuellen Erwachsenen. Bereits die sprachliche Bezeichnung dieser Phänomene kann problematisch sein. Je nach ihrem Empfinden und Selbstverständnis lehnen manche Betroffene z. B. die Kategorisierung als Transsexuelle ab und bezeichnen sich stattdessen als Intersexuelle(r), Transgender, transidenter Person, Hermaphrodit, Zwitter etc.

1 Vgl. dazu die Arbeiten von Benjamin (1953), (1966). Steinmetzer/Groß/Duncker (2007), S. 40 u. 45 ff., beklagen das „(derzeit vorherrschende) Prinzip der Pathologisierung und Medikalisierung“ und wünschen sich stattdessen eine stärkere „gesellschaftliche Einbettung von Transidentität“.

2 Vgl. dazu im Einzelnen Säfken (2000), (2005).

1 Ethische Aspekte der Behandlung intersexueller Kinder

Seit einiger Zeit ist zu beobachten, dass sich manche Betroffene gegen die Einteilung in zwei Geschlechter im Allgemeinen und die Definitionshoheit der Medizin über ihre Geschlechtszugehörigkeit im Besonderen wehren. Betroffene, die nach der Geburt oder in den ersten Lebensjahren als Intersexuelle diagnostiziert worden sind, empfinden sich zum Teil als verstümmelt und berichten über langwierige, qualvolle Therapien während ihrer Kindheit, beispielsweise durch den Einsatz dehnender Gegenstände zur Modellierung einer künstlichen Vagina. Auch fühlen sich manche Betroffene weder dem einen noch dem anderen Geschlecht zugehörig und möchten unter der Bezeichnung „Intersexuelle“, „Hermaphroditen“ oder „Zwitter“ anerkannt werden.³ Beispielsweise wurde eine Beschwerde gegen die Abweisung eines Antrags auf eine dementsprechende Eintragung in den Personaldokumenten im Jahre 2003 vom Landgericht München zurückgewiesen.⁴

Ist deshalb die Behandlung von Intersexuellen generell abzulehnen? Muss das herkömmliche System der Geschlechterdualität durch eine neue Denkweise ersetzt werden? Und muss demnach auch jede Geschlechtsumwandlung, die von Erwachsenen gewünscht wird, ohne eingehende psychologische Diagnostik und langwierige juristische Prozeduren durchgeführt werden?

Zur Beantwortung dieser Fragen sollen im Folgenden drei ethische Konzeptionen als Bewertungsmaßstäbe herangezogen werden: erstens das Humesche Prinzip, das der englische Philosoph George E. Moore zur Lehre vom naturalistischen Fehlschluss weiterentwickelt hat; zweitens die Tugendlehre Immanuel Kants, die er in seiner „Metaphysik der Sitten“ aus dem Jahr 1797 formulierte; und drittens die Prinzipienethik der amerikanischen Bioethiker Tom Beauchamp und James Childress.

1.1 Der naturalistische Fehlschluss

Bereits 1739/40 hat der schottische Universalgelehrte David Hume in seinem „Traktat über die menschliche Natur“ die These formuliert, dass aus Tatsachenaussagen keine Werturteile folgen können: „Aus dem Sein folgt kein Sollen“, aus Beschreibungen keine normativen Urteile.⁵ Dieses Prinzip hat Moore im Jahr 1903 aufgegriffen und für einen bestimmten Anwendungsfall dahingehend weiterentwickelt, dass die Eigenschaften eines natürlichen Objekts niemals allein für sich genommen ein Werturteil begründen können.⁶

Übertragen auf die Behandlung intersexueller Kinder bedeutet dieses Prinzip, dass ein nicht der Norm entsprechendes Genital oder ein abweichender Hormonstatus für sich allein genommen keine Begründung liefert, Intersexualität als pathologischen, behandlungsbedürftigen Zustand zu definieren. Eine medizinische Intervention lässt sich auf Grundlage des anatomischen

3 Rothärmel (2006), S. 277.

4 LG München, StAZ (2003), S. 305.

5 Hume (2004).

6 Moore (2003).

oder physiologischen Zustands allein nicht rechtfertigen. Der umgekehrte Schluss, nämlich ein Verbot der Behandlung, lässt sich aus diesem Prinzip aber ebenso wenig herleiten.

1.2 Die Kant'sche Tugendlehre

Für die Rechtfertigung eines Eingriffs bedarf es also weiterer Normen, die über den bloßen körperlichen Zustand des Patienten hinausgehen. Diese Normen haben notwendigerweise moralische Implikationen, weil sie den Körper des Intersexuellen als gesund oder behandlungsbedürftig, normal oder unnormal, letztlich also als gut oder böse charakterisieren. Zu fragen ist deshalb nach dem Sinn und Zweck der medizinischen Intervention.

Im westlichen Kulturkreis gilt allein das Wohl des Patienten als legitimer Zweck für einen ärztlichen Heileingriff. Nach der von Immanuel Kant postulierten Tugendlehre, die im Jahre 1797 als zweiter Teil seiner „Metaphysik der Sitten“ veröffentlicht wurde, ist jeder Mensch als prinzipiell vernunftbegabtes Wesen Träger einer universalen Menschenwürde. Kant schreibt:

„[...] der Mensch und überhaupt jedes vernünftige Wesen existiert als Zweck an sich selbst, nicht bloß als Mittel zum beliebigen Gebrauche für diesen oder jenen Willen, sondern muss in allen seinen sowohl auf sich selbst, als auch auf andere vernünftige Wesen gerichteten Handlungen jederzeit zugleich als Zweck betrachtet werden.“⁷

Die Würde jedes Menschen ergibt sich für Kant aus seiner prinzipiellen Fähigkeit zur Vernunft, und diese Vernunftnatur wird zur Grundlage der menschlichen Freiheit. Diese Autonomie wird gegenüber anderen Menschen zwar sogleich wieder eingeschränkt, doch entspringt diese Pflicht wiederum aus der Vernunft und ist damit gerade Ausdruck von Freiheit.⁸

Aus dem Verbot der Verzweckung des Menschen allein für fremde Interessen folgt für den Arzt, bei der Ausübung seines Berufes den Zweck der Behandlung für den Patienten in den Vordergrund zu stellen. Eine geschlechtsangleichende Therapie kann daher nicht dadurch gerechtfertigt werden, dass die Medizin technisch dazu in der Lage ist, Methoden zur Intervention bereitzustellen, um den „Normalfall“ eines eindeutig zuzuordnenden Geschlechtes herzustellen. Auch der sehr verständliche Wunsch der Eltern nach einem „gesunden“ Kind genügt nicht als hinreichender Zweck, da dieses Interesse fremdnützig motiviert ist.

Dies wird in fremden Kulturen, z. B. ostasiatischen oder islamischen, durchaus anders gesehen, da dort dem Nutzen der Gruppe Vorzug vor Individualinteressen gegeben wird. Bei der Behandlung von Patienten dieses Kulturkreises sieht sich der Arzt daher mit zusätzlichen Problemen konfrontiert.⁹

Die Behandlung von intersexuellen Kindern lässt sich nach Kant dagegen durch Gründe, die ihren Zweck im Wohlergehen der Patienten haben, rechtfertigen. Ärzte führen z. B. häufig die Gefahr maligner Tumore durch entarte-

7 Kant (2000), S. 428.

8 Weitergehend dazu Pannenberg (2003), S. 47 ff.

9 Vgl. Säfken (2005), S. 143.

tes gonadales Gewebe an, was zweifellos ein gewichtiges Argument für einen Eingriff ist, von manchen Autoren allerdings bestritten wird.

Unbestreitbar ist dagegen die Tatsache, dass unsere Kultur geschlechtlich bipolar geprägt ist¹⁰ und sich im Lauf der Kindesentwicklung eine entweder eindeutig männliche oder eindeutig weibliche Geschlechtspermanenz herausbildet. Auch wenn dies, man denke an die Lehre vom naturalistischen Fehlschluss, für sich allein genommen wiederum keine Rechtfertigung für einen Eingriff bildet, stellt sich doch die Frage, wie sich ein Kleinkind, das man intersexuell aufwachsen lässt, ohne Rollenvorbilder in einer zweigeschlechtlich geprägten Umwelt zurechtfinden soll. Diskriminierungen und Hindernisse in fast jedem Bereich des täglichen Lebens wären für intersexuelle Personen vorprogrammiert, psychische Auswirkungen geradezu unvermeidbar.

Entscheidend für die Therapie muss daher der mutmaßliche Wille des Kindes sein: Wie würde es, wenn es alle Fakten kennen würde und bewerten könnte, in seinem eigenen Interesse entscheiden? Allein diese Frage hat der Arzt bei der Entscheidung für eine Therapie zu berücksichtigen.¹¹

1.3 Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress

Auch wenn man die Kantische Ethik ablehnt, weil sie auf metaphysischen Aussagen über den Menschen als Vernunftwesen basiert, kommt man durch die Anwendung der Prinzipienethik der amerikanischen Philosophen Tom Beauchamp und James Childress zum gleichen Ergebnis. Beauchamp und Childress formulieren vier Prinzipien mittlerer Reichweite zur Bewertung medizinethischer Probleme, nämlich die Prinzipien der Autonomie, der Schadensvermeidung, der Fürsorge und der Gerechtigkeit.¹²

Natürlich bedarf jedes dieser Prinzipien wiederum selbst der Legitimation, jedes ist stark auslegungsbedürftig, und bei divergierenden Ergebnissen konkurrierender Prinzipien ist unklar, welches vorrangig zu beachten ist. Ungeachtet dieser Unzulänglichkeiten bieten die vier Prinzipien allerdings einen Bausatz von medizinethischen Begründungen, die im Einzelfall zu verwertbaren praktischen Ergebnissen kommen.

Die Autonomie ist bei Kleinkindern ein sehr problematischer Faktor, der nicht durch die elterliche Entscheidung substituiert werden kann, da sich bei den Eltern eigene Ängste, Wünsche und Interessen mit Fürsorgeaspekten und mit dem Wohlergehen des Kindes vermischen.¹³ Die Verantwortung für die Durchsetzung der Patientenautonomie ist deshalb vorrangig beim behandelnden Arzt zu verorten. Dieser muss auch die Schadensvermeidung durch

¹⁰ Weitergehend dazu Frewer/Säfken (2005).

¹¹ So auch Sinnecker (2004), S. 803 f.

¹² Beauchamp/Childress (1989). Ein ähnliches, prinzipienorientiertes Modell hat der Medizinethiker Hans-Martin Sass entwickelt, der die Prinzipien des *nil nocere* (nicht schaden), *bonum facere* (Gutes tun), *responsibilitas* (Verantwortung) und *libertas* (Freiheit) zueinander in Beziehung setzt. Auch diese Prinzipienethik bedarf zur Lösung eines Einzelfalles natürlich der Auslegung, vgl. Sass (1998), S. 90 f.

¹³ Dem widersprechen Ude-Koeller/Müller/Wiesemann (2006), die stattdessen ein „Modell der beziehungsorientierten Entscheidungsfindung“ favorisieren, das auf die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung abhebt. Dieses Modell ist jedoch abzulehnen, da eine solche Entscheidungsfindung irrationalen und fremdnützigen Begründungen Tür und Tor öffnet. Vgl. auch den Beitrag von Wiesemann/Ude-Koeller in diesem Band.

unangebrachte oder übereilte Eingriffe bzw. durch Gefahren beim Unterlassen der Behandlung im Blick behalten. Unter Hinzuziehung von Fürsorge- und Gerechtigkeitsaspekten wird man hier ebenfalls zu dem Ergebnis kommen, dass eine geschlechtsangleichende Behandlung für das Wohlergehen des jungen Patienten notwendig ist.

1.4 Die Anerkennung eines dritten Geschlechts als Lösung?

Vereinzelt wurde, z. T. im ethnologischen und soziologischen Schrifttum, vorgetragen, dass in verschiedenen fremden Kulturen ein drittes Geschlecht traditionell vorhanden und gesellschaftlich anerkannt sei, was als Vorbild für den Umgang mit Intersexuellen im westlichen Kulturkreis dienen könne. Man muss sich bei diesen Beispielen jedoch bewusst sein, dass diese Konstruktionen zumeist der Kompensation von Mangelzuständen oder der Legitimation von Homosexualität bzw. Prostitution dienen. Angehörige des „dritten Geschlechts“ sind außerdem meistens keine Intersexuellen, sondern biologisch eindeutige Männer oder Frauen, die im Laufe ihres Lebens ihren geschlechtlichen Status wechseln. Dies geht teilweise mit der Verpflichtung zu sexueller Enthaltsamkeit, in anderen Kulturen mit Verstümmelungen der Genitalien und häufig auch mit dem Ausschluss aus der Mehrheitsgesellschaft einher.¹⁴ Hier stehen also eindeutig auch fremdnützige Zwecke und gerade nicht Wohlergehen, Fürsorge und Gerechtigkeit für die Angehörigen des dritten Geschlechts im Vordergrund.

Ein feministischer Theorieansatz geht allerdings sogar davon aus, dass körperliche Merkmale für die Zuschreibung eines Geschlechtes irrelevant seien und es sich demzufolge allein um eine kulturelle Konzeption handle. So schreibt die amerikanische Feministin Judith Butler:

„Wenn wir jedoch den kulturell bedingten Status der Geschlechtsidentität als radikal unabhängig vom anatomischen Geschlecht denken, wird die Geschlechtsidentität selbst zu einem freischwebenden Artefakt.“¹⁵

Der Theologe J. David Hester folgt dieser Argumentation und hält nicht den körperlichen Zustand, sondern die Reaktion der Gesellschaft auf von der Norm abweichende Geschlechtsorgane für therapiebedürftig.¹⁶

Beide Ansätze haben durchaus einen gewissen intellektuellen Reiz, verkennen jedoch, dass die Betroffenen von Kindesbeinen an in einer geschlechtlich bipolar geprägten Umwelt aufwachsen müssen. Zutreffend wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass wir uns zwar eine diskriminierungsfreie Gesellschaft wünschen, diese aber bisher nicht existiert. Bereits kleine Abweichungen von der Norm führen zu Ablehnung und Ausgrenzung.¹⁷ Die obigen Theorieansätze vermitteln den Eindruck, dass die betroffenen Kinder stellvertretend für Feminismus, Theologie und Philosophie den Kampf für eine ge-

¹⁴ Vgl. Schröter (2002); Säfken (2005), S. 153 ff.

¹⁵ Butler (1991), S. 23.

¹⁶ Hester (2004), S. 50.

¹⁷ Sinnecker (2004), S. 804.

rechte und tolerante Gesellschaft austragen sollen. Eine solche fremdnützige Instrumentalisierung kann von einer Medizinethik, die das Interesse des kindlichen Patienten in den Mittelpunkt stellt, jedoch nur abgelehnt werden.

Medizinische und psychologische Interventionsmaßnahmen müssen deshalb darauf gerichtet sein, dem Kind die Entwicklung einer stabilen Geschlechtsidentität und eines möglichst starken Selbstbewusstseins zu ermöglichen. Diese Aufgabe ist selbstverständlich nicht ohne die Einbeziehung der Angehörigen zu bewältigen.

Sollte sich die Entscheidung für eines der Geschlechter im Nachhinein als falsch erweisen, darf die Korrektur der stellvertretend für das Kind getroffenen Entscheidung natürlich nicht unnötig erschwert werden. Entsprechende Regelungen müssen der Schwierigkeit des Sachverhaltes angemessen sein, dürfen aber keine übertriebenen prozeduralen Hindernisse darstellen. Auch muss der Zugang zur medizinischen und ggf. psychotherapeutischen Versorgung gewährleistet sein.

2 Ethische Aspekte der Behandlung Transsexueller

Die bereits genannten ethischen Prinzipien lassen sich auch auf die Behandlung transsexueller Jugendlicher und Erwachsener anwenden. Die Therapie ist für den Arzt insofern leichter, als transsexuelle Patienten zumeist wissen, dass sie unter dem Auseinanderfallen ihrer somatischen von der seelischen und ihrer gefühlten Geschlechtszugehörigkeit leiden. Damit entfallen die Einwilligungproblematik sowie die bei Kindern notwendige Einbeziehung Dritter.

Häufig haben transidente Patienten bereits einen längeren Leidensweg hinter sich und wünschen eine schnelle Umwandlung des Körpers in das Wunschgeschlecht. Der Wunsch transsexueller Patienten nach einer Geschlechtsumwandlung ist ethisch unproblematisch: aus dem Sein des körperlichen Geschlechts folgt kein Sollen, dieses nicht zu ändern. Hier hat das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ganz klar Vorrang, sofern es nicht die Fürsorgepflicht des Arztes gebietet, den Wunsch nach einer Umwandlung des körperlichen Geschlechts aufzuschieben – z. B. aufgrund einer psychiatrischen Indikation.

Auch die Zuständigkeit der medizinischen Profession für die Umwandlung des Geschlechts ist nicht verwunderlich. Ärzte sind die ersten und besten Ansprechpartner für alle Fragen, die die Form und Funktion des menschlichen Körpers betreffen. Man mag die Auswüchse dieser Tatsache, z. B. im Bereich der kosmetischen Chirurgie, bedauern, kommt im Umgang mit transidenten Personen aber nicht um die Inanspruchnahme der Medizin herum. Zu Recht werden in der Literatur diejenigen Chirurgen kritisiert, die Geschlechtsumwandlungen ablehnen, weil sie den Patienten unterstellen, dass diese „fragwürdige Existenzen“ seien, die sich „aus einer Laune heraus irgendetwas einbildeten“.¹⁸ Dies wird weder der Patientenautonomie noch der Fürsorge gerecht.

¹⁸ So die Aussage eines Arztes, die von Spehr (1997), S. 7 wörtlich zitiert wird.

Auch ist den Betroffenen nicht damit geholfen, dass man sie allein darauf verweist, sich Kleidung und Lebensstil des anderen Geschlechts zueigen zu machen und evtl. eine Psychotherapie zu beginnen, auf flankierende medizinische Maßnahmen aber völlig verzichtet. Die Transsexualität allein als soziales, kulturelles und psychisches Phänomen ohne medizinische Behandlungsbedürftigkeit zu deuten, greift zu kurz, denn sie kann nicht unabhängig von ihren anatomischen Voraussetzungen gedacht werden. Schließlich zeigt auch die Praxis, dass Betroffene bei Verweigerung medizinischer Unterstützung durchaus in der Lage sind, sich z. B. Geschlechtshormone auf dem freien Markt zu besorgen und unkontrolliert einzunehmen. Eine sich aus ideologischen Gründen von Leidenden zurückziehende Medizin, die die Betroffenen zur Selbstmedikation nötigt, wäre aber moralisch unververtretbar.¹⁹

Trotz ermutigender Forschungen zur Lebenszufriedenheit nach geschlechtsangleichenden Operationen²⁰ bringt die Durchführung einer Geschlechtsumwandlung jedoch, wie jeder Heileingriff, auch gewisse Risiken mit sich. Der Gesetzgeber hat versucht, diesen durch den Erlass des Transsexuellengesetzes zu begegnen.²¹ Man mag an dem inzwischen mehr als zweieinhalb Jahrzehnte alten Gesetz manche Details kritisieren, und einige Regelungen hat das Bundesverfassungsgericht für mit dem Grundgesetz unvereinbar und daher nichtig erklärt. Grundsätzlich ist das bestehende mehrstufige System²² mit Ausstiegsmöglichkeiten, Alltagstests und schließlich einem fakultativen chirurgischen, nicht mehr umkehrbaren operativen Eingriff jedoch alternativlos.²³

Sonderfälle bilden Betroffene, die sich zum Teil dem einen und zum Teil dem anderen Geschlecht, oder beiden Geschlechtern gleichzeitig oder aber überhaupt keinem Geschlecht zugeordnet fühlen. Die bipolare Geschlechterordnung ist von der großen Mehrheit der Menschen derart massiv verinnerlicht, dass einer Anerkennung eines dritten Geschlechts oder vieler Geschlechter große Bedenken entgegenstehen. Dem Wunsch des Einzelnen, seine Identität auch mittels Ausweispapieren gegenüber anderen auszudrücken, steht die Unsicherheit der Mehrheit gegenüber, welche Regeln des Zusammenlebens gegenüber Personen mit einer derart abweichenden Geschlechtsidentität gelten sollen. Eine alle Seiten befriedigende Lösung ist hier nicht erkennbar.

19 Vgl. zur Problematik der Selbstmedikation auch Steinmetzer/Groß/Duncker (2007), S. 44.

20 Zimmermann et al. (2006). Deutlich kritischer dagegen Althaus (2006), S. 695, der Forschungen zu Lebensqualität und Zufriedenheit möglichst nicht von den Operateuren erhoben sehen will, da diese meistens nicht in der Lage seien, die Ergebnisse realistisch einzuschätzen.

21 Näher dazu Bergmann (2006) sowie Correll (1999).

22 Vgl. Krege/Rübber (2004).

23 Vgl. diesbezüglich jedoch die sehr persönlichen Schilderungen von Wille (2006), der von „unverblühten[n], nahezu unnötige[n] Forderungen“ und sogar von „Nötigungen und Verleumdungen“ seitens einiger seiner Patienten spricht, die sich den geltenden Regelungen des Transsexuellengesetzes nicht unterwerfen wollten und auf eine schnelle Operation drängen.

3 Ausblick: Inter- und Transsexualität als Alltagsphänomene

In allen beschriebenen Fällen muss das Handeln des Arztes darauf ausgerichtet sein, dem Wohl des Patienten zu dienen und seinem Recht auf Autonomie, Selbstbestimmung und Wohlergehen so weit wie möglich zur Durchsetzung zu verhelfen. Der Arzt steht dabei im Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen seines Patienten, den Erwartungen und der kulturellen Prägung der Gesellschaft sowie der Notwendigkeit, die bestmögliche Therapie im individuellen Einzelfall zu garantieren, ohne im hochkomplexen Feld der Geschlechtsidentität den Fehler zu machen, einen psychisch kranken Patienten mit rein symptomatischem Wunsch nach dem Geschlechtswechsel zu operieren.

Ein stärkeres Gewicht als bisher sollte künftig auch der psychosozialen Nachsorge der Betroffenen eingeräumt werden. Es ist leider eine traurige Tatsache, dass Menschen mit psychischen Leiden mit erheblichen Problemen auf dem Arbeitsmarkt und in ihrem sonstigen sozialen Umfeld konfrontiert sind. Neben der Behandlung von Einzelnen eröffnet sich für die Medizin und ihre Nachbardisziplinen die Möglichkeit, Informationen über von der Normalität abweichende Geschlechtsidentitäten zu verbreiten, Diskriminierungen entgegenzuwirken und damit einen weiteren Beitrag zum Wohlergehen der Betroffenen zu leisten.

Literatur

- Althaus (2006): Peter Althaus, Geschlechtskorrigierende Eingriffe bei Transsexualität aus urologischer Sicht, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 100 (2006), S. 693–695.
- Beauchamp/Childress (1989): Tom L. Beauchamp, James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford 1989.
- Benjamin (1953): Harry Benjamin, Transvestitism and Transsexualism, *International Journal of Sexology* 7 (1953), pp. 12–14.
- Benjamin (1966): Harry Benjamin, *The transsexual phenomenon*, New York 1966.
- Bergmann (2006): Karl Otto Bergmann, Geschlechtskorrigierende Eingriffe bei Transsexualität aus juristischer Sicht, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 100 (2006), S. 696–701.
- Butler (1991): Judith Butler, *Das Unbehagen der Geschlechter*, Frankfurt a. M. 1991.
- Correll (1999): Cathrin Correll, Im falschen Körper, Ein Beitrag zur rechtlichen und tatsächlichen Problematik der Transsexualität, *Neue Juristische Wochenschrift* 52 (1999), S. 3372–3377.
- Frewer/Säfken (2005): Andreas Frewer, Christian Säfken, Identität, Intersexualität, Transsexualität: Medizinhistorische und ethisch-rechtliche Aspekte der Geschlechtsumwandlung, in: Frank Stahnisch, Florian Steger (Hrsg.), *Medizin, Geschichte und Geschlecht, Körperhistorische Rekonstruktionen von Identitäten und Differenzen*, Stuttgart 2005, S. 137–156.
- Hester (2004): J. David Hester, Intersex(e) und alternative Heilungsstrategien, *Ethik in der Medizin* 16 (2004), S. 48–67.
- Hume (2004): David Hume, *Traktat über die menschliche Natur, Ein Versuch, die Methode der Erfahrung in die Geisteswissenschaft einzuführen*, Berlin 2004.
- Kant (2000): Immanuel Kant, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, Akademie-Ausgabe der Gesammelten Schriften, Bd. IV, Berlin 2000.
- Krege/Rübben (2004): Susanne Krege, Herbert Rübben, Transsexualität, Voraussetzungen und Vorgehen bei Geschlechtsangleichungen, *Die medizinische Welt* 55 (2004), S. 241–245.
- Moore (2003): George E. Moore, *Principia Ethica, with the Preface to the second edition and other papers*, Cambridge 2003.

- Pannenberg (2003): Wolfhart Pannenberg, Grundlagen der Ethik, Philosophisch-theologische Perspektiven, Göttingen 2003.
- Rothärmel (2006): Sonja Rothärmel, Rechtsfragen der medizinischen Intervention bei Intersexualität, *Medizinrecht* 24 (2006), 5, S. 274–284.
- Säfken (2000): Christian Säfken, Das Problem des Transsexualismus und seine Handhabung im deutschen Recht, in: Frank Möbus, Gerhard Nasdala, Stefanie Stockhorst et al. (Hrsg.), *Kleiner Grenzverkehr, Beiträge der Interdisziplinären Studentischen Kolloquien der Georg-August-Universität Göttingen und der Schillertage in Weimar (1998/99)*, Norderstedt 2000, S. 66–80.
- Säfken (2005): Christian Säfken, Intersexualität, Transsexualität, Identitätskrise: Die Angleichung und Umwandlung des Geschlechts in medizinethischer und juristischer Perspektive, in: Andreas Frewer, Rolf Winau (Hrsg.), *Ethische Probleme in Lebenskrisen*, Erlangen, Jena 2005 (= Grundkurs Ethik in der Medizin, 3), S. 139–166.
- Sass (1998): Hans-Martin Sass, *Medizinethik*, in: Annemarie Pieper, Urs Thurnherr (Hrsg.), *Angewandte Ethik, Eine Einführung*, München 1998, S. 80–109.
- Schröter (2002): Susanne Schröter, *FeMale, Über Grenzverläufe zwischen den Geschlechtern*, Frankfurt a. M. 2002.
- Sinnecker (2004): Gernot Sinnecker, *Intersexualität, Der Gynäkologe* (2004), S. 799–805.
- Spehr (1997): Christiane Spehr, *Probleme der Transsexualität und ihre medizinische Bewältigung*, Heidelberg 1997.
- Steinmetzer/Groß/Duncker (2007): Jan Steinmetzer, Dominik Groß, Tobias Heinrich Duncker, Ethische Fragen im Umgang mit transidenten Personen – Limitierende Faktoren des gegenwärtigen Konzepts von „Transsexualität“, *Ethik in der Medizin* 19 (2007), S. 39–54.
- Ude-Koeller/Müller/Wiesemann (2006): Susanne Ude-Koeller, Luise Müller, Claudia Wiesemann, Junge oder Mädchen? Elternwunsch, Geschlechtswahl und geschlechtskorrigierende Operationen bei Kindern mit Störungen der Geschlechtsentwicklung, *Ethik in der Medizin* 18 (2006), S. 63–70.
- Wille (2006): Reinhard Wille, Transsexualität aus sexualmedizinischer Sicht, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 100 (2006), S. 690–692.
- Zimmermann et al. (2006): A[] Zimmermann, R[] Zimmer, L[] Kovacs et al., Lebenszufriedenheit transsexueller Patienten nach geschlechtsangleichenden Operationen, *Der Chirurg* 77 (2006), S. 432–438.